



Psiquiatria Social — e — Reforma Psiquiátrica

Paulo Amarante
(org.)

A. Pirella, A. Schechtman, A. Slavich, D. D. Barros, D. Casagrande, D. S. N. Aves,
E. F. Seidl, Fca. Basaglia, F. I. Bastos, F. Basaglia, F. Rotelli, G. Jervis, J. Birman,
J. F. Costa, L. J. Comba, L. Giovanella, L. Schittar, L. D. Castiel, M. Luz, R. C. Silva



Psiquiatria social e reforma psiquiátrica

Paulo Amarante (org.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMARANTE, P. ed. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, 204 p. ISBN: 978-85-7541-506-1. <https://doi.org/10.7476/9788575415061>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Psiquiatria Social — e — Reforma Psiquiátrica

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Nísia Trindade Lima

EDITORIA FIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Carlos Machado de Freitas e Gilberto Hochman

Conselho Editorial

Claudia Nunes Duarte dos Santos

Jane Russo

Ligia Maria Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Marilia Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Pedro Paulo Chieffi

Ricardo Lourenço de Oliveira

Ricardo Ventura Santos

Soraya Vargas Côrtes

Psiquiatria Social — e — Reforma Psiquiátrica

PAULO AMARANTE
(Organizador)

5ª Reimpressão



Copyright © 1994 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA
ISBN: 85-85676-04-3

1ª Edição: 1994
1ª Reimpressão: 1998
2ª Reimpressão: 2002
3ª Reimpressão: 2008
4ª Reimpressão: 2010
5ª Reimpressão: 2014

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica
Ruben Fernandes

Revisão e Preparação de Originais
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Revisão da 1ª reimpressão
Paula Solano

Supervisão Editorial
Walter Duarte

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

A485p Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (org.)

 Psiquiatria social e reforma psiquiátrica./organizado por Paulo Duarte
 de Carvalho Amarante. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

 202 p., tab.

 1. Psiquiatria comunitária. 2. Saúde mental. 3. Hospitais psiquiátricos-
 tendências. 4. Reforma sanitária-tendências. 5. Fechamento de instituições
 de saúde.

CDD - 20.ed. - 362.20425

2014
EDITORIA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br>

Colaboradores

AGOSTINO PIRELLA
ALFREDO SCHECHTMAN
ANTONIO SLAVICH
DENISE DIAS BARROS
DOMENICO CASAGRANDE
DOMINGOS SÁVIO DO NASCIMENTO ALVES
ELIANE MARIA FLEURY SEIDL
FRANCA BASAGLIA ONGARO
FRANCISCO INÁCIO PINKUSFELD BASTOS
FRANCO BASAGLIA
FRANCO ROTELLI
GIOVANNI JERVIS
JOEL BIRMAN
JURANDIR FREIRE COSTA
LETIZIA JERVIS COMBA
LIGIA GIOVANELLA
LUCIO SCHITTAR
LUIS DAVID CASTIEL
MADEL LUZ
PAULO AMARANTE
ROSANE CORREIA E SILVA

Apresentação	9
Capítulo 1	11
Considerações sobre uma experiência comunitária	
<i>Franco Basaglia, Franca Basaglia Ongaro, Domenico Casagrande, Giovanni Jervis, Letizia Jervis Comba, Agostino Pirella, Lucio Schittar e Antonio Slavich</i>	
Capítulo 2	41
Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária	
<i>Joel Birman e Jurandir Freire Costa</i>	
Capítulo 3	73
Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil	
<i>Paulo Amarante</i>	
Capítulo 4	85
A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades	
<i>Madel Luz</i>	
Capítulo 5	97
Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam?	
<i>Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos e Luis David Castiel</i>	
Capítulo 6	113
O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental	
<i>Ligia Giovanella e Paulo Amarante</i>	
Capítulo 7	149
superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste	
<i>Franco Rotelli</i>	

Capítulo 8

171

Cidadania *versus* periculosidade social:

a desinstitucionalização como desconstrução de um saber

Denise Dias Barros

Capítulo 9

197

Reestruturação da atenção em saúde mental:

situação atual, diretrizes e estratégias

Domingos Sávio do Nascimento Alves, Eliane Maria Fleury Seidl,

Alfredo Schechtman e Rosane Correia e Silva

Apresentação

Estamos vivendo, no Brasil, um dos mais singulares processos de transformação no campo da saúde mental e da assistência psiquiátrica. Uma fértil produção teórica, o surgimento de vários cursos de capacitação de operadores em saúde mental e psiquiatria social, leis de reforma psiquiátrica e um prolífero acontecer de novas experiências assistenciais são as provas mais significativas deste processo que chama a atenção de muitos segmentos importantes da sociedade, não apenas brasileira, mas de muitos outros países.

A idéia deste volume surgiu a partir da realização de um projeto de pesquisa desenvolvido no NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, desde 1989,¹ quando constatamos a necessidade de contribuir para a consolidação deste processo, identificando e tornando acessíveis determinados textos que, pela importância histórica, pela qualidade analítica ou ainda pela abrangência das abordagens, nas quais, inclusive, é revisitada a literatura especializada mais significativa sobre cada tema, possam servir de bases para este processo da reforma psiquiátrica brasileira, seja no que diz respeito à formação, à pesquisa ou à assistência.

Abrindo a coletânea, o texto de Franco Basaglia e colaboradores tem um interesse mais que simplesmente histórico. Registra os vários momentos das importantes reflexões extraídas da experiência de Gorizia e aponta os primeiros passos para uma transformação radical da instituição psiquiátrica, antecipando o que será a experiência de Trieste. O relatório de Joel Birman e Jurandir Freire Costa tornou-se uma referência obrigatória desde os momentos iniciais do pensamento crítico em saúde mental no Brasil. Analisa criticamente não apenas o surgimento da psiquiatria clássica, como o faz ainda com os projetos de reforma psiquiátrica,

1 Trata-se do projeto "Análise dos Determinantes e Estratégias das Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Projeto da Reforma Psiquiátrica (1970-1990)", que contou com a participação de Maurício Lougon, Ernesto Aranha Andrade, Maria Lelita Xavier, Waldir da Silva Souza, Hilma da Silva, Fernanda Patitucci Valente e Andréa da Luz Carvalho, e com o apoio da CAPES, do CNPq, da FAPERJ, da COSAM/MS, da OPAS, do Centro Studi Ricerche per la Salute Mentale/Trieste (OMS) e do Servizio di Igiene Mentale (USL 23 - Ímola).

o que o torna, ainda hoje, um texto atual pela profundidade das observações e riqueza das questões que oferece. Segue um artigo de minha autoria que faz algumas reflexões e traz algumas sugestões de periodização e de referências bibliográficas sobre a história da psiquiatria brasileira. Madel Luz analisa a formulação das políticas de saúde mental pelo Estado, discutindo os conceitos e as funções deste, de políticas e de processos e estratégias de marginalização. Algumas de suas hipóteses, construídas há mais de uma década, podem ser visivelmente constatadas no momento atual.

O artigo de Luis David Castiel e Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos aborda as relações e principais aspectos envolvidos entre a epidemiologia e a área da psiquiatria/saúde mental. Da mesma forma, meu artigo em co-autoria com Ligia Giovanella discute as relações entre o planejamento em saúde e, mais especificamente, em saúde mental.

A conferência de Franco Rotelli possibilita-nos entender a organização do circuito psiquiátrico em Trieste, que exerce forte influência no movimento brasileiro pela reforma psiquiátrica, assim como as mais significativas questões práticas e teóricas que possibilitaram ou que dão substrato a esta mesma iniciativa. Logo após vem o artigo de Denise Dias Barros, que também trata da experiência italiana, mas que vai além do texto anterior ao incorporar uma discussão fundamental sobre cidadania, periculosidade e legislação psiquiátrica.

Esta coletânea se encerra com o documento da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, assinado por Domingos Sávio e colaboradores, que apresenta as diretrizes do órgão para a transformação da assistência psiquiátrica, repleta de informações qualitativas e quantitativas do subsetor saúde mental no Brasil.

Desejamos registrar nossos agradecimentos à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM/MS) e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

PAULO AMARANTE

Coordenador do Curso de Especialização em Psiquiatria Social -

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES)

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

(DAPS)/ENSP/Fiocruz

Considerações sobre uma experiência comunitária¹

Franco Basaglia - Franca Basaglia Ongaro - Domenico Casagrande

Giovanni Jervis - Letizia Jervis Comba - Agostino Pirella

Lucio Schittar - Antonio Slavich

Tradução de Luís Cavalieri Filho

Introdução

Quando se analisa uma realidade institucional estática e fixa em seus esquemas fechados, muitos elementos — normalmente os mais essenciais — fogem à análise sob uma definição que raramente corresponde a realidade. Se se propuser, então, analisar uma instituição psiquiátrica em movimento, ou melhor, em crise, como gostamos de definir aquela na qual agimos, o trabalho resulta ainda mais árduo, pensando na finalidade à qual tal tentativa se propõe: a substituição de um modelo de referência esquemático por algo que não se limite a ser um não-modelo, mas que queira ter em si a possibilidade de pôr-se como antimodelo, capaz de destituir a possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais. Isto significa a destruição da instituição manicomial, não somente como abandono real do sistema coercitivo punitivo sobre o qual se fundamenta, mas como tomada de consciência do plano global sobre o qual o

¹ Relatório preliminar de uma pesquisa financiada pelo C.N.R. sob o título “Assunzione di dati scientifici sperimentali e statistici sull’applicazione all’ambiente socio-culturale italiano di esperienze straniere in campo di psichiatria sociale”, desenvolvida pelo Hospital Psiquiátrico de Gorizia (C.N.R. — Consiglio Nazionale delle Ricerche — Conselho Nacional de Pesquisa). Escrito em 1968. Publicado, originalmente, em “Autobiografia di un movimento (1961 — 1979): dal manicomio alla riforma sanitaria”, organizado por Franco Basaglia e Paolo Tranchina, Arezzo, 1979.

sistema hierárquico-punitivo se insere: o que requer um discurso *global* que possa preceder o psiquiátrico em particular, no qual o discurso psiquiátrico específico possa estender-se. Uma psiquiatria, portanto, que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-transferencial para uma dialética. Somente na crise e na crítica interna permanente será, talvez, possível encontrar a garantia ao seu não colocar-se como ciência resolutive.

Esta é a finalidade — *obviamente não ainda atingida* — da comunidade terapêutica de Gorizia, que, através de uma história de negações sucessivas, chegou ao ponto de negar a si mesma.

Antes de iniciar esta história é, talvez, mais ilustrativo acenar brevemente a: (1) alguns aspectos bibliográfico-críticos sob o conceito de Comunidade Terapêutica (CT) e suas derivações; para passar depois à (2) análise de algumas considerações teóricas que foram sendo elaboradas nestes seis anos de trabalho *prático*.

1) A CT parece hoje em muitos países o último grito da psiquiatria, como a estrutura em cujo bojo se deveriam encontrar resoluções para as contradições fundamentais nas quais se debate a psiquiatria institucional, indecisa entre a própria vocação terapêutica e a necessidade social de exclusão e de controle dos indivíduos que apresentam um comportamento patológico. Que a CT resolva estas contradições é desejado e acreditado por muitos; mas um estudo um pouco mais aprofundado das origens e dos desenvolvimentos dos conceitos de CT poderia deixar algumas perplexidades. A CT é uma invenção anglo-saxã, ou melhor, inglesa, porque é o país que conta com a mais longa tradição de tentativas de renovação institucional psiquiátrica, dos tempos dos Tuke e da “cura moral” dos doentes de mente. De fato, a noção de CT surgiu em 1946, quando T. H. Main, em um número especial do *Boletim of the Menninger Clinic*, dedicado a uma resenha dos progressos da psiquiatria britânica pós-bélica, falando do trabalho dos psiquiatras ingleses do “grupo de Northfield” (Bion e Rickman, mais tarde Foulkes), descreveu o hospital de Northfield sob o título: “Uma Comunidade Terapêutica”.

Bion e Rickman tinham organizado, em 1943, um grupo de doentes no Northfield Hospital (soldados afetados de neurose) em modo comunitário, com grupos de discussão e participação dos pacientes na administração da seção. O mesmo tinha feito Maxwell Jones na Divisão para a Síndrome do Esforço, no Mill

Hill, em 1941-1944, e depois no hospital para ex-prisioneiros de guerra em Dartford, em 1945, e ainda, em 1947, na Divisão de Reabilitação Industrial (dita depois Social) de Belmont, que tornar-se-á, com o nome de Henderson, o hospital para psicopatas no qual Maxwell Jones trabalhou até 1959 (ele é agora diretor do Dingleton Hospital, em Mehose, Escócia). O próprio Maxwell Jones tornou-se em pouco tempo o mais representativo dentre os psiquiatras que se interessavam pela CT, e a sua modalidade de aproximação ao problema institucional foi logo entendida e imitada por muitos psiquiatras ocidentais. Por outro lado, Stanton e Schwartz, Goggman, Barton, os Cumming, Caudill, Belknap e todos os outros estudiosos de microsociologia do Hospital Psiquiátrico,² mostrando em suas pesquisas os efeitos das estruturas organizativas formais e informais da instituição na vida e no decurso mórbido dos pacientes, contribuíram em modo decisivo a constituir uma reforma institucional psiquiátrica, na qual muitas vezes atuou-se no senso de uma “terapia comunitária”.

A CT verdadeira baseia-se em alguns princípios que foram definidos como revolucionários e que são, no fundo, eversivos do tipo de relação tradicional médico-paciente. Porquanto não possa ser reduzida em esquemas rígidos, a mesma encontra a sua primeira essência na declarada exploração, aos fins terapêuticos de todos os recursos da instituição, concebida esta última como um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar. Martin assim a define: “Uma CT é aquela onde vem se cumprido deliberadamente o esforço de usar, na maior extensão possível, em um plano terapêutico vasto, as contribuições de todos, pessoal e pacientes”.

Assim, estando estas características gerais de multipolaridade da aproximação terapêutica na instituição, com a subentendida recusa da relação exclusivamente dual médico-paciente, deve-se dizer que não existe um modelo de CT, existem, isto sim, diversas modalidades de atuação que pela própria natureza de estrutura em contínuo avanço são de difícil formulação esquemática.

Segundo Clark, poderiam vir extrapoladas nas várias ideologias algumas características comuns: 1) liberdade de comunicação; 2) análise de tudo aquilo que acontece na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal; 3) tendência à destruição da tradicional relação de autoridade; 4) possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social; 5) presença de uma reunião (normalmente diária) de toda a Comunidade.

2 Para a bibliografia ver p. 158 e a p. 176 de *L'Istituzione Negata*, Torino, Einaudi, 1968.

No que concerne ao ponto 4, já começa a evidenciar-se um dos pontos cruciais sobre os quais o conceito de CT pode demonstrar-se ambíguo. Segundo a teoria da aprendizagem social (*social learning*), a doença mental seria intimamente ligada a um processo de deculturação pelo qual algumas atribuições da personalidade adulta madura, como, por exemplo, a capacidade de estar com os outros e de interagir com os mesmos, seriam perdidas por efeito da regressão mórbida. A situação terapêutica comunitária, atenuando de alguma forma (v. tolerância do delírio, interpretação ao invés de repressão, do *ading-out* etc.) os frutos do encontro entre o indivíduo doente e os outros, permitiria um processo de reaprendizagem, de reaculturação, cuja finalidade última é a reabilitação e a reinserção na comunidade externa. O uso de um termo como aculturação (que em geral indica a aceitação da cultura do “senhor” por parte do “servidor” e pode, portanto, ser considerado uma espécie de processo de colonização) é insistir na diferença entre uma cultura “são” e uma cultura “doente”, e parece aqui recolocar, em chave sociopsiquiátrica, a recuperação de um fundamental maniqueísmo *borghese* que encontra na *alienação* que separa o doente do são a justificação-renegação dos “poucos” fora do comércio social. Mas, após os estudos sobre a institucionalização, viu-se também como a exclusão do comércio social passa a ser causa, mais que efeito, de deculturação: a cultura subumana dos “lungodegenti”, renegados há anos nos manicômios, é, pois, a saída natural.

As perplexidades nascem no momento em que também a CT se revele uma organização que deve manter-se viva e impor, de alguma forma, as suas regras. É este o momento mais ambíguo e perigoso porque — qualquer que seja o grau de maturidade da comunidade — deverá ser sempre da competência da “inteligência médica” estabelecer, através do retorno da “autoridade latente”, a retirada dos interesses organizativos, mesmo justificados pela ameaça de uma possível desorganização da comunidade. O mesmo Maxwell Jones sustenta que “quando alguns limites são atingidos, a autoridade latente (do líder) tem que entrar em ação e faz todos os passos necessários para que não seja minada a confiança da comunidade nas próprias capacidades de controle”. Em um estudo do sociólogo Rapoport (*Community as doctor*) é, efetivamente, confirmada a necessidade de manter a organização numa base de eficiência funcional: a ideologia comunitária deve, em caso de necessidade, ceder à ideologia organizativa. Destas premissas, que mantêm a ambigüidade dialética da ideologia comunitária no momento em que se encontra com realidades que não consegue controlar, deriva uma série de sucessivas elaborações que tendem a colocar a CT em uma dimensão decididamente artificial: Wilmer, Cone e outros sustentam a necessidade de divisões *programatica-*

mente fechadas ao interior da CT, de uma seleção dos pacientes mais perturbados, a “fragilidade do mundo interior do esquizofrênico deve poder apoiar-se em uma estrutura a ele externa”. (Denber & Rajotte); “o médico é o líder” (da CT) (Patton); “a autoridade médica deve ser soberana (*paramount*) na divisão” (Sarwer-Forner); “As relações de autoridade devem ser abertamente reconhecidas e aceitas” (Stubblebine). O conceito de CT é evidente; vai gradualmente tornando-se mais leve, perdendo aquela que era a sua modalidade de organização da assistência psiquiátrica, onde o elemento defensivo por parte dos organizadores possui ainda um jogo determinante.

Destas graduais, progressivas concessões, é claro que o conceito de CT tem em si algumas ambigüidades de fundo que podem ser reassumidas na aceitação das técnicas de grupo da psicologia social, tão fortemente influenciada pela teoria de Kurt Lewin. A modalidade lewiniana de resolver os conflitos sociais pode ser aplicada a uma maior eficiência da burocracia e da indústria, assim como da instituição psiquiátrica. Para esta, os conflitos podem ser compostos por meio da “participação” de todos, com a discussão; as “pontas” do contraste podem ser atenuadas por meio da “manipulação” de grupo, com um comportamento tolerante e compressivo. O êxito ao qual a discussão de grupo tende é a integração de todos os participantes, sob a guia de um líder sábio e iluminado, no esforço de atingir o fim “bom” comum: trata-se da ordenada atuação do mecanismo burocrático, da produção regular, ou da cura-reabilitação-integração do doente da mente.

Sob esta luz, somente a eficiência organizativa pode fazer atingir o fim “bom”. Portanto, na CT, o psiquiatra torna-se um “administrativo” (Clark), ou um *clinician executive*, clínico e dirigente ao mesmo tempo (Levinson & Klernan), realizando assim, por um lado, o ideal pan-organizativo da sociedade neocapitalista, por outro a aspiração psicocrática muitas vezes presente entre os próprios psiquiatras.

Desta forma, aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas caiu no perigo de constituir-se, nas diversas atuações práticas e nas conseqüentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continuam as mesmas. Estas são as limitações da CT. O seu mérito, todavia, ainda válido, é aquele de ter colocado em evidência, pela primeira vez, todas as contradições fundamentais da realidade institucional e continuar, dia após dia, a evidenciar estas contradições, subtraindo-as à esquematização maniqueísta e a-problemática do hospital psiquiátrico tradi-

cional. Mas o futuro da CT estará somente no saber individual das próprias contradições — antes de fechar-se na própria ideologia, deixando-se verificar e negar pela realidade. Se a comunidade terapêutica não se mantiver neste risco, há a possibilidade de cair em uma *ideologia comunitária* que não se poderia ser a decodificação em uma norma das hipóteses das quais partiu.

2) Um aceno agora às outras considerações teóricas as quais chegou-se em seis anos de trabalho prático na nossa organização “comunitária”; das contradições encontradas ao impasse atual no qual nos encontramos, que não nos faz prever, no momento, qual poderá ser a evolução futura.

A negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição, consentiram-nos uma abertura de um manicômio de aproximadamente 600 internos. Mas nos coloca agora em uma situação de impasse — teórica e prática — com respeito ao problema da relação entre os doentes que somos obrigados a manter na instituição e a sociedade que continua a recusá-los.

O momento é extremamente crítico: coincide, por um lado, com o fim da fase puramente negativa (mesmo tendo no interior da instituição todas as ocasiões possíveis para continuar a destruir a realidade manicomial que é presente um pouco em todas as partes); com a recusa, por nós, da “negação” como nova ideologia com fim em si mesma, com a consciência, todavia, de que na mesma sociedade qualquer “afirmação”, mesmo de conteúdo subversivo, torna-se funcional ao sistema. E, por outro lado, com o convite a aplacar a nossa ânsia em uma nova ideologia que justifique e defina a nossa *praxis*: quer dizer, com a perspectiva de constituir-se uma nova instituição, comunitária, tendencialmente horizontal, com as suas regras e seus mitos, que se apresente como um novo modelo.

Mas o fato de ter individuado — no campo prático — que o que sustenta a existência das instituições (a psiquiatria, como todas as outras instituições de que se serve a nossa sociedade) e a violência do poder que age em todos os níveis, definindo a norma e as sanções que lhe são necessárias para a perpetuação do sistema, nos impede de fecharmo-nos em uma ideologia que resultaria, inevitavelmente, em si própria funcional, empurrando-nos a tentar estender o nosso discurso

antiinstitucional, num plano mais vasto, que envolva qualquer discurso antiinstitucional com tendência a colocar em crise o sistema.

Quando se analisa a realidade do psiquiatra, resulta evidente que a relação chamada terapêutica gera dinâmicas que, melhor analisadas, não têm nada a ver com a “doença”, mas que mesmo assim têm um papel determinante. Refere-se que, particularmente na relação na qual a diagnose de doença é puro acidente, uma ocasião ao criar-se um jogo de poder — regressão que será, porém, determinante nos modelos de desenvolvimento da doença. Trata-se do “poder institucional”, de caráter quase absoluto, do qual o psiquiatra toma posse no interior de uma estrutura asilar, ou de um poder “terapêutico”, “teórico”, “carismático” ou “fantasmagórico”, onde o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente que, já por si mesmo, define o papel e a posição. Portanto, referimo-nos à ausência de reciprocidade do encontro-desencontro de duas dimensões diversas, onde o valor de uma é já tido por certo, assim como a ausência de valor da outra.

Em geral, uma relação deveria ser tanto mais terapêutica quanto mais problemática a situação que se cria; portanto, quanto mais possibilidades e alternativas de tipo aristocrático (a relação individual entre terapeuta e cliente), enquanto é sistematicamente negada na *relação institucional*.

Na relação aristocrática existe, efetivamente, uma certa margem de reciprocidade no plano contratual. Na medida em que o doente fantasia o médico como o depositário de um poder técnico, desempenha contemporaneamente seu papel de depositário de um outro tipo de poder, o econômico, que o médico fantasia nele. Até que o seu valor social corresponda a um valor econômico efetivo, a reciprocidade subsiste — mesmo que somente no nível de papéis. Mas, uma vez que isto termine, o poder contratual com o médico desaparece e o paciente encontrar-se-á a iniciar a real “carreira de doente mental” no lugar em que a sua figura social não tem mais peso nem valor. Penetra, assim, na dimensão da *relação institucional*, onde esta reciprocidade (mesmo se de natureza tão ambígua) não existe, nem a sua ausência é de alguma forma mascarada.

Aqui o detentor do poder é somente o médico, símbolo da autoridade única da instituição, enquanto o doente é sistematicamente excluído da mesma. A única alternativa que lhe é dada é a de identificar-se na instituição, cujas estruturas são construídas à imagem daquilo que devem tornar-se. De resto, nesta dimensão a-dialética e a-problemática o que deveria fazer um doente, a quem não é oferecida

nem ao menos uma alternativa à vida asilar que não seja a submissão, a dedicação ao médico e ao chefe, e, portanto, a condição de colonização? Nesta situação, o médico — quer tenha ou não um poder técnico no interior da instituição — goza de um poder puro que será tanto maior quanto mais restrito o espaço real e psicológico concedido ao internado. Trata-se, portanto, de um poder que são os próprios doentes a construir e que, mesmo assim, cai sobre os mesmos como uma força que — através de um processo de gradual regressão — contribui para mantê-los ligados às respectivas condições de *objetos*.

O doente mental foi, portanto, somente *negado* pela psiquiatria tradicional. Ao invés de aceitar a situação, reconhecendo a nossa impotência, apressou-se a modificar a nossa impotência, apressamo-nos a modificar a nossa incapacidade em negatividade do objeto indecifrável.

Neste sentido, a diagnose tornou-se um juízo de valor no qual vem a condenar-se a agressividade do psiquiatra em relação ao doente que foge ao seu domínio e do qual não resta que reconhecer, como fez Jaspers, que é justamente incompreensível, dando a válvula de escape a todas as possíveis “ideologias” que não têm necessidade de encontrar uma verificação na realidade para continuar a subsistir. O que é entendido como uma sábia e honesta aceitação dos próprios limites diante de um problema se transforma, na prática, em uma subdivisão maniqueísta entre aquilo que não se compreende (que vai além do humano porque é mal, obsceno). Desta forma, a diagnose assume o valor de uma “etiquetagem” que serve para distanciar quem a usa e para estabelecer, através desta distância, a natureza *diversa* de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais.

O psiquiatra não faz, portanto, nada além de sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente “recusa” aqueles que não se integram no jogo do sistema. Mas esta ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico-terapêutico, limitando-se esta à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a “norma” não é um conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e *estritamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante*.

Desta forma, resulta que o poder técnico que o psiquiatra exercita no interior da instituição não seja mais que a exata emanção do poder — sistema que o delega a gerir estas “áreas deprimidas”. A ação do psiquiatra no interior da instituição não é, portanto, o perpetuar-se da *violência do poder*, que primeiro elimina do

campo da produção os elementos frágeis que atrapalhem o ritmo e depois delega aos técnicos a respectiva gestão.

No momento em que esteja ativada uma *derrubada de uma instituição*, com o significado que se quer dar a esta derrubada, encontramos-nos, mais uma vez, ligados ao papel de poder e de violência que nos provém de nosso encargo, da posição e do papel que continuamos a recitar na sociedade da qual fazemos parte: aqui é a ambigüidade que nos impede o passo sucessivo. Se nós quisermos considerar a comunidade terapêutica como uma modalidade transitória, uma ocasião para evidenciar os jogos estranhos à doença, que puderam determinar e determinaram a natureza e os modos da mesma, temos talvez que, agora, para sobreviver, acreditar na comunidade terapêutica como solução técnica de um problema especializado? Percebe-se que, agindo na instituição, o máximo que nos é concedido é o ato terapêutico como integrante no que diz respeito à sociedade, portanto, um ato que tende a fazer aceitar ao “doente” o fato de ser um eterno objeto de violência em todos os níveis. Feito isto, não resta, da nossa parte, mais que aceitar o fato de sermos os novos técnicos, delegados pelo poder para gerir tecnicamente o terreno — sempre mais vasto — dos desvios. Cada não adaptação a *esta sociedade* será interpretada em termos de “doença”, e nós seremos encarregados de dissolver, através da aceitação da derrota, os conflitos sociais. Que significado tem a “psicoterapia da família”, cada vez mais no auge, se não o alargamento dos desvios a um inteiro núcleo familiar que se encontra, assim, a cair sob o controle dos técnicos, que tem que recompor-lhe os papéis tradicionais e mais aptos a uma boa inserção na nossa sociedade ?

Mas se, ao contrário, se recusa também o ato terapêutico e a função integrante que vem a assumir, quem são e o que são os sujeitos das nossas interações? O que fazemos deles, uma vez tiradas as incrustações institucionais e uma vez descoberto que a realidade manicomial é somente uma realidade concentracional? Para onde mandamos estas “pessoas” que não podem continuar a ser objetos de violência do mundo externo? Devemos deixá-las no instituto? Não recolocamos em movimento nós mesmos o ciclo da violência? Uma nova violência institucional que tem que encontrar a justificação à própria existência em uma nova ideologia médica ou sociológica? Que sentido se encontra na existência de uma instituição que quer destruir-se e é, ao invés disso, obrigada a não fazê-lo e a manter-se em vida?

Esta é a situação atual da nossa CT.

Nesta altura, todavia, não sabemos se o impasse no qual nos encontramos seja típico do nosso modo de proceder antiinstitucional (portanto, da pretensão de estender o nosso discurso psiquiátrico/antipsiquiátrico além do terreno específico que nos compete), ou se não se evidenciam os mesmos problemas e as mesmas contradições, mesmo na esfera da *Psychoterapie Institutionelle* e da *Política de Setor*.

No que diz respeito a esta última, conhecendo seus pressupostos, a situação deveria, acreditamos, ser mais ou menos análoga, mesmo se o “setor” age fora dos jogos de poder tipicamente institucionais e não se apresenta claramente sob forma de uma violência institucionalizada. Todavia, mesmo a “política de setor” é uma nova instituição estreitamente ligada à mesma sociedade que a quer e a organiza, assim como quis e organizou os “manicômios”. O “setor” poderia já ser uma das novas instituições que o poder confia aos técnicos para gerir o mundo dos desvios, isto é, poderia já ser — em ato — aquilo que nós tememos para o nosso futuro.

Com efeito, assim como a nossa ação de derrubada de uma instituição para refletir sobre ela mesma, considerando o significado altamente integrante do ato terapêutico (derrubada institucional que se revela funcional ao sistema que quer derrubar), a política de setor pode ser a evidência de um jogo, nem muito velado, de controle de todos os desvios, com o perigoso alargamento do conceito de desvio que poderia gerar.

Os sistemas de não adaptação a *esta sociedade* devem ser controlados e definidos no interior dos esquemas e dos parâmetros psiquiátricos: somente desta forma o sistema tem a certeza de poder proceder sufocando — se controlando em uma área que presumir-se-á contraditória — as próprias contradições. Cada contradição é imediatamente encaixada pelos técnicos — cada uma na própria especificidade — garantindo sua funcionalidade ao sistema.

Que a política de setor comporte a vantagem de oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica é um fato fundamental (desde que, porém, não continue a erguer-se às custas do serviço setorial o manicômio, o que coincidiria com a existência, no interior da CT, de “válvulas de segurança” que garantissem a eventual necessidade de “isolamentos provisórios”). Todavia, mesmo no melhor dos casos, o setor poderia ser a nova face da instituição da violência (mais mascarada e mais velada dos horrores manicômiais) que, após ter liberado o doente mental das etiquetas e das estruturas institucionais e tê-lo incluído

na “norma”, estabelece um aperto nos limites, de modo a poder mantê-lo sob controle, mesmo se de natureza diversa.

O temor é que, se de um lado a degradação da instituição psiquiátrica evidenciou o caráter antiterapêutico e concentracional dos nossos asilos, exigindo sua destruição, de outro a política de setor — mesmo diminuindo o número das vítimas destinadas à instituição da *violência* — tenda a dilatar o campo dos “desvios”, absorvendo-os na “doença” e na “terapia” necessária. Poderíamos deste modo encontrarmo-nos em um mundo dominado pelos técnicos, cujo poder dará cada vez maiores possibilidades de ação, desde que garantam atenuação das contradições sociais mais evidentes.

Qual é, neste caso, a posição do setor? Não existe, na caça à prevenção da doença, o perigo de defini-la e objetivá-la antes do tempo sem que nunca se consiga agir no coração da violência que não pode ser a sua origem? Não está também o “setor” no nosso mesmo impasse, quando pretende recusar de fechar-se na própria ideologia, recusando assim a fornecer os *técnicos da adaptação* numa condição apresentada como um dado irredutível? A nossa perplexidade nasce no momento em que percebe-se que cada ato nosso — consciente ou não — é sempre um *ato político*, que tende assim à manutenção do *status quo* geral. É a nós, muitas vezes, dirigida a acusação de querer instrumentalizar politicamente os doentes mentais, mas aquilo que se percebe é que os doentes foram até agora instrumentalizados politicamente a favor da sociedade *dominante* (o que é a teoria da natureza humana tida como imprevisível, senão a defesa de quem teme ser atacado e, tendo os instrumentos em seu poder, derrotar os perigos potenciais, inabilitando-os?).

É isto exatamente o que nós nos recusamos a fazer e que nos obriga ao impasse no qual nos encontramos. Impasse no qual, de resto, encontram-se experiências análogas à nossa, como aquelas de Laing e de Cooper, na Inglaterra, que põem-se numa análoga posição antiinstitucional e, talvez (como nós), não ainda tão antipsiquiátrica como a definem. Cooper conclui, de fato, num recente artigo publicado em *Les Temps Modernes*: “nós temos muitas vezes sonhado com uma comunidade psiquiátrica, ou melhor, antipsiquiátrica ideal, mas eu acredito que, através de um processo de desmistificação, acabamos de conseguir colocar em evidência a verdadeira natureza da loucura psiquiátrica e a elaborar nossas necessidades de ordem prática, para poder dar um passo a mais.

“E um passo a mais significa, no final das contas, um passo fora do hospital psiquiátrico, na sociedade”.

Parece-nos, portanto, poder individuar na política de setor as nossas próprias contradições e dificuldades. Onde, por sua vez, encontramos uma maior função é, como veremos mais tarde, nos pressupostos da *Psychotherapie Institutionnelle* (PI). A PI, no plano teórico, opõe-se à CT, mesmo se, no plano prático, a realidade institucional é análoga à mesma: liberalização do hospital, responsabilização geral, coletivização do instituto etc. Aquilo que a diferencia conceitualmente é a crítica ao pragmatismo que subentende a CT anglo-sax. Tosquelles sustenta que “o papel do médico neste caso é sobretudo limitado a algumas interpretações do profundo, destinadas a dar ao doente uma visão de conjunto dos seus problemas e a fornecer-lhe informações concretas, na sua qualidade de *capitão de equipe*”.

Mesmo concordando neste sentido com a crítica ao pragmatismo e à ênfase da “microsocietarização” da CT, parece-nos, todavia, escorregar na elaboração teórica da PI a afirmação e a codificação de uma psiquiatria que se funda essencialmente na instituição, na cura do doente, abstraindo sua ação de qualquer contexto e significado político-social.

Para a PI, o doente é um paciente a indagar, analisar e curar através das técnicas institucionais elaboradas para este fim, portanto, através do fantasma real da própria instituição. Não entramos aqui no mérito. Todavia, parece-nos impossível — uma vez em contato com o doente mental que se apresenta nas nossas instituições — abstrair-nos da realidade social na qual vive o mesmo, das incrustações sociais que se sobrepuseram à doença, dos estereótipos culturais que com ela foram conaturados, de tudo o que a doença é socialmente. Isto nos impede, talvez, de dedicar-nos à doença real, mas segundo a nossa visão, somos materialmente impossibilitados de fazê-lo porque não se conseguiu ainda encontrá-la além dos extratos de incrustações que continuamos a raspar e que nos transfere da violência da nossa instituição à violência de todas as outras instituições da nossa sociedade.

Estes os problemas que nos cercam e que resultarão mais explícitos enquanto se procederá à análise da ação concluída nestes seis anos de trabalho.

A presente relação desenvolver-se-á em:

- 1) a negação do hospital tradicional;
- 2) realidade e contradição no processo de renovação institucional;
- 3) o problema do “autogoverno”;
- 4) gestão e negação de uma instituição psiquiátrica.

A negação do hospital tradicional

O primeiro movimento que levou à reorganização do hospital psiquiátrico de Gorizia sobre novas bases, que se diziam “comunitárias”, nasceu de uma série de recusas e negações.

Recusa, antes de mais nada, do mandato social que o psiquiatra hospitalar recebe e passivamente desenvolve, isto é, aquele de segregar os internos e de “custodiá-los”, de modo que percam a possibilidade de fazer escolhas autônomas e responsáveis. Esta recusa parte da concreta situação na qual se encontra quem opere nas instituições psiquiátricas e se coliga à tomada de consciência de uma dupla crise, uma prática da psiquiatria hospitalar, e uma outra, metodológica, da psiquiatria como ciência médica.

A crise é evidenciada pela falência da psiquiatria institucional, com os seus recintos, as suas portas fechadas, os seus doentes-objeto, e pela mistificação pela qual uma pessoa reduzida contra a sua vontade, em tal situação deveria ser considerada “um doente como todos os outros”.

Uma outra recusa, maturada esta em estreito contato com a realidade institucional, construiu-se contra a ideologia mistificada da psiquiatria manicomial, que é sempre definida como “medicina” *tout court*. Crise prática e crise metodológica viram-se, assim, conjuntas a favorecer uma tomada de consciência sobre o que não se deve fazer, sobre o que deve ser negado na situação concreta.

Parece, com isto, evidente que as posições de partida e as etapas sucessivas da liberalização do hospital e da criação de uma comunidade terapêutica nasceram essencialmente como negação e recusa, e não como propostas já conclusas e experimentadas. A referência a exemplos anglo-saxões e às experiências da psicoterapia institucional francesa são sentidas como simples pontos de apoio e não como modelo para um exercício de reestruturação guiada. A substituição de uma mistificada ideologia médica por uma outra ideologia impregnada de contextos socioculturais diversos não poderia ter realizado aquela tomada de consciência da complexa realidade institucional e social que se colocava como absolutamente indispensável no início da experiência. Qualquer tipo de novo “pensamento médico” não teria mais que perpetuado, sob outra forma, o caráter opressivo da instituição. Uma caracterização “médica”, por sua vez, foi o recurso aos “psicolépticos”, que permitia uma aparente socialização, bem aceita pelos funcionários,

vista a crise total do clima protetor institucional que permitiria confrontar as intenções comuns para a liberalização. Casos de alta do hospital, atuados após muitos anos de internação, constituíram um dos pontos de referência para a participação e a disponibilidade do pessoal.

A negação, no plano prático, da instituição como lugar alienante e opressor, levou necessariamente a diversos estados de desestruturação do habitual tecido institucional, antes visto como protetor, seja pelos funcionários seja pelos próprios internos.

Isto comportou uma queda da ânsia diante de problemas a cada momento novos, diante de uma negação dos esquemas costumeiros que se revelaram inadequados e arcaicos. Esta ânsia pode, a esta altura, ser tolerada (pelos médicos, pelos enfermeiros e pelos internos) sobretudo em virtude da progressiva substituição da velha ideologia custodialística por uma nova ideologia “comunitária”, fruto da convergência de sentimentos humanitários e de tensão científica, na qual a referência a Maxwell Jones era bem direta. Esta nova ideologia se exprimia em modo claro no jornal interno, ou nos movimentos que compendiam o novo clima (por exemplo, a denominação do Clube “Ajudamo-nos a Sarar”). Era, portanto, evidente que a realidade institucional que estava surgindo da recusa “prática” daquela pré-existente, opressora e hierárquica, não podia ser, pelo menos no início, mais que o resultado da simples negação do passado opressor (negação concretamente vivida como derrubada das redes de cerca dos pátios por parte dos internos); e não ainda uma nova realidade estruturada.

A ideologia de uma nova “comunidade” (representada, outrossim, no nome de *Reparto Agitati*, utilizado como divisão aberta, com clima comunitário) tendia a substituir-se, nas intenções de cada um, numa realidade não ainda presente. Com isto, a realidade do manicômio, do instituto opressor, do mundo da violência, era simplesmente substituída por uma nova realidade ambígua, contraditória, ainda informe, que tomara o nome de Comunidade Terapêutica.

Certamente as inovações dos primeiros anos de vida da Comunidade não podiam deixar de aparecer como pouco menos que revolucionárias, seja para os enfermeiros seja para os próprios internos. Sair do “reparto”³ quando bem aprouvesse, ficar na cama pela manhã até tarde se achasse necessário, começar a contestar as escolhas de rotinas da instituição, fazer propostas e levá-las a cabo, tudo isto

3 Divisão, enfermaria, pavilhão, repartição — termo usado em italiano sobretudo para estruturas hospitalares (N. do T.).

podia constituir o germe de uma realidade pouco estruturada que sucessivamente tinha que ser vivida.

Em conclusão, as posições iniciais foram o fruto de uma recusa da situação opressora e a tentativa de responder a esta situação com a aplicação da modalidade de convivência mais ou menos comunitárias, segundo critérios de avaliação contínua.

Progressivamente, a ideologia comunitária deixou o lugar para uma nova realidade na qual ao interno são oferecidas oportunidades de escolha, de alternativa, de contestação. Acharmos que o multiplicar-se destas oportunidades ou o debate sobre a impossibilidade ou sobre a dificuldade de uma multiplicação dos mesmos, estejam entre os efeitos mais significativos da nova vida institucional. Nesta, encontramos, todavia, um limite fundamental (entre os outros mais contingentes), que é aquele do significado que qualquer instituição “fechada” leva consigo. Os esforços para abrir “realmente” o hospital de Gorizia enfrentaram, como veremos, dificuldades reais conexas, entre outras coisas, ao tipo de comportamento que a sociedade conserva para com o mesmo.

Examinemos agora a situação atual do hospital, sobretudo no que diz respeito ao problema da abertura “real”.

As cinco divisões masculinas estão todas “abertas”. O grau e o significado da abertura varia de divisão a divisão. Estão abertas completamente, com abolição do fechamento de todas as portas externas e internas, divisões, entre as quais a de Triagem.⁴ A última divisão que abriu (a quinta), de aproximadamente 70 internos, conserva marcas de um resíduo comportamento custodialístico.⁵

É necessário considerar o fato que neste estão presentes psicóticos regredidos, frenastéricos, dementes orgânicos com níveis de institucionalização particularmente graves. Ademais, o pessoal esteve de acordo, somente em parte, com a iniciativa da abertura, portanto, há contrastes e reservas que impedem uma liberação total a curto prazo. A divisão feminina, a última aberta, mesmo se com uma

4 Do italiano *Accettazione*. (N. do T.)

5 Quando uma divisão (*Reparto*) se abre não muda tão rápido o clima institucional. Um certo número de internos consegue abster-se, ou em virtude de uma escolha pessoal ou por outras circunstâncias, à situação de dependência opressora, mas uma parte deles vive a porta aberta como “função”, como abertura provisória e precária, enquanto que o comportamento do pessoal de serviço muda bastante lentamente em relação ao aumento da maturidade e vivacidade das novas relações sociais dos internos do hospital. Para concluir, a relação objetiva instituição-interno não pode mudar automaticamente, mesmo se é radicalmente colocada em crise.

viva tendência à problematização, é uma divisão (analogamente àquela masculina que se abriu por último) que hospeda 100 doentes ainda sujeitas a uma séria dependência institucional de tipo tradicional. As outras divisões estão totalmente abertas. A realidade da abertura, agora já aceita por todos com satisfação ou orgulho não pode ser separada do confronto contínuo das opiniões, que acontece de maneira institucional nas várias reuniões periódicas. Toda manhã há uma assembléia geral da comunidade, com duração de uma hora, para a qual são convidados todos aqueles que se encontram no campo hospitalar, aí incluídos os parentes dos doentes e eventuais visitas. Tais assembléias acontecem já há mais de dois anos e demonstraram-se um instrumento de escolha e de confronto com a realidade. Devido ao fato de que nestas assembléias haja participação seja dos pacientes internados há tempo, seja dos internos da divisão de Triagem, a dinâmica prevalente foi por muito tempo a do confronto, efetuado em todos os planos, entre os chamados breve-internos e os internos a longo prazo. Retornar-se-á mais adiante a este assunto, aprofundando-se esta dinâmica que tornou-se muito significativa para a elucidação de uma análoga dinâmica entre os internos e os externos.

Em cada divisão de Triagem e em uma de alcoólatras há uma reunião de divisão quotidiana (sempre por uma hora) da qual participam médicos, enfermeiros e internos. Os argumentos destas reuniões são muito variáveis, dos pessoais aos sociais, aos problemas de convivência, propostas para a melhoria das condições de internação, ao pedido de permissão para sair etc. Em cada uma das outras divisões acontecem duas reuniões semanais com características análogas.

Em uma outra reunião semanal para cada divisão há uma equipe de cura (médicos, enfermeiros, psicólogos, eventualmente assistentes sociais) empenhada no exame dos vários problemas que surgem da condução da própria divisão e da contínua necessidade de adequação às várias crises da situação organizativa atingida.

Outras reuniões quotidianas acontecem: a) pela manhã, entre o diretor, médicos, enfermeiros-chefes, freiras, enfermeiros, sobre as novidades do dia e da noite precedentes e as prospectivas próximas; b) uma breve reunião sucessiva à assembléia geral, da qual participam, além do diretor, dos médicos e do psicólogo, alguns enfermeiros e, às vezes, internos particularmente significativos (por exemplo, o presidente da assembléia geral); c) uma reunião de *staff* (diretor, médicos, psicólogos) na qual procura-se reforçar a corrente de comunicação recíproca e de pontualizar constantemente o sentido daquilo que se faz no hospital.

ab 3 Dito algo, brevemente, sobre o tipo de organização no nível das divisões, resta esclarecer que a vida fora destas foi sendo organizada quase espontaneamente ao redor do bar, como centro social privilegiado. O bar é dirigido diretamente pelos internos, que ali trabalham em troca de retribuições mais próximas às da sociedade externa, se comparadas às outras atividades de trabalho. No bar, que fica aberto por cerca de nove horas por dia, encontram-se, de maneira informal, internos, enfermeiros e médicos com uma outra oportunidade de encontro não institucionalizada. Com efeito, deve-se considerar que o bar fica aberto e é naturalmente freqüentado, inclusive durante a assembléia geral, como símbolo de recusa das escolhas unilaterais e obrigatórias. Símbolo explícito: durante uma reunião da assembléia na qual o escasso número de presentes tinha favorecido alguma proposta de fechamento do bar, naquele momento particularmente cheio. Consideramos este um dos exemplos de recusa da organização vertical e “ideológica” do hospital e do valor “terapêutico”, por assim dizer, de toda possibilidade de escolha autônoma e de contestação.

Neste sentido, exprime-se a recusa não tão somente da equipe terapêutica, mas de todo o hospital, de uma socioterapia como escolha médica técnica privilegiada. A valorização das escolhas autônomas dos internos, não entendida como autogoverno (que não pode significar uma simples participação subordinada à condução geral do hospital), mas como negação da dependência institucional e como alternativa entre mais possibilidades concretas, encontra aqui um ponto essencial de verificações.

Em outras situações menos ricas de alternativas, como a residual utilização de mão-de-obra dos internos nas tradicionais situações dos serviços gerais (cozinha, lavanderia, guarda-roupa etc.), a dependência institucional parece ainda forte. O problema parece, aqui, conseguir favorecer o debate sobre estas situações de dependência ou de *necessidade*, que se não são sem dúvida “anuladas” pela discussão, são pelo menos assumidas como problema.

Tem que ser dito que a discussão, o confronto e a contestação em todos os níveis não são obviamente um método para a resolução de todos os problemas, mas, muitas vezes, são somente um meio para a explicitação dos mesmos e a progressiva elucidação. Isto vale, particularmente, para os problemas de trabalho que, feitos passar muitas vezes por terapia, são, na realidade, para o interno, um sistema para sobreviver na situação de penúria econômica e de vazio emocional e social que o próprio interno verifica quotidianamente. Contemporaneamente, o

trabalho nos serviços gerais não pode ser, objetivamente, um modo, por parte da instituição, de desfrutar de mão-de-obra barata.

Como se acenou, a dimensão “real” da abertura é continuamente ameaçada e colocada em discussão pelas medidas de restrição ainda presentes. Estas são tanto internas quanto externas. Entre as primeiras está aquela da qual se falou, da limitação da abertura das duas últimas divisões; entre as segundas, a existência, não obstante a abertura da porta externa, de barreiras muito tenazes que continuam a separar o hospital do “mundo dos sãos”.

Se isto é verdade sob o plano da realidade, assiste-se, no curso das várias reuniões, a uma recuperação, sob o plano fantasmático, de tudo aquilo que pode afastar a angústia da situação de isolamento e de fechamento: assim, o contínuo vagar da comunidade como “solução ideal”, ou tentativa de afastar a presença dos chamados “internos-breves”, como membros do mundo hostil dos sãos.

Por outro lado, o problema de enfrentar esta realidade de angústia (hospital aberto do qual não se pode e não se deve fugir, porta externa aberta que não significa permissão de afastar-se, permanência que torna-se uma escolha, etc.) leva todos os membros da comunidade, enfermeiros, médicos, internos, a desmistificar, ou pelo menos tentar desmistificar as posições incômodas de cada um e, especialmente, as posições que são fruto de precisas fugas do real.

A persistência opressora de uma lei injusta, o abandono no qual os internos são deixados pela sociedade, o movimento de exclusão social etc., são os motivos “reais”, discutidos longamente, que contribuem a reduzir o papel da experiência fantasmática vivida em cada pessoa que esteja envolvida na discussão. Neste contexto, a longa contraposição entre os internos das divisões de Triagem, vistos como privilegiados (e não injustamente, por muitos aspectos), e os internos das outras divisões, jogou uma função, colocando a condição humana do doente num plano suficientemente concreto. O breve-interno, com a sua assistência mutualística, com a sua íntima e próxima ligação com o exterior, marcava, *ao contrário*, ainda mais cruelmente o estado de abandono e de solidão do interno tradicional. Ademais, a tentativa de afastar e recusar o breve-interno foi vista de maneira análoga pelas famílias, como a tentativa de exclusão do longo-interno. A analogia da dinâmica levou o breve-interno a refletir sobre a sua condição e confrontar-se, em maneira mais dialética, com o longo-interno.

Por outro lado, este último vê-se a encarar a liberdade, desmistificando-a como ficção. No momento em que pode sair do hospital somente acompanhado, é

obrigado a verificar que literalmente ‘‘não é mais um homem’’, não é considerado responsável por seus atos e revela a contradição entre liberdade interna e vigilância externa. Os vários planos na qual pode ser vivida e compactuada esta experiência demonstraram-se preciosos para a maturação de comportamentos profundamente responsáveis num plano social.

Por outro lado, não há dúvida que o breve-interno, para a sociedade externa, sinta-se, e já tenha sido sentido pelos outros, mais perto, menos excluído. Isto ocorre mesmo se ele é o mais próximo à crise do destaque; ao problema das relações críticas com o exterior, o mais distante da institucionalização. Para negar a instituição da violência, ele parece o mais apto, o mais próximo à possibilidade de uma responsabilização. Na verdade, exatamente para excluir os outros, o breve-interno tenta colocar para si o privilégio da instituição ‘‘boa’’ e, às vezes, atua para liberar-se do envolvimento que a instituição opera sobre ele. Mas logo percebe que não existe instituição ‘‘boa’’ que não seja também ‘‘má’’, que não oponha a cara da violência real ao fantasma da comunidade ‘‘ideal’’, que não se revele no momento em que se exige uma diferença, novamente, entre ‘‘bons’’ e ‘‘maus’’.

A experiência vivida fantasmática, de qualquer forma, resultou ser uma defesa da ânsia provocada por uma realidade muito contraditória e desagradável para ser enfrentada. Isto propõe também temas significativos nos níveis psicodinâmico e psicopatológico, que não podem ser tratados aqui, mas que queremos somente citar.

Influenciando naturalmente na prestação de contas, não prejudicaram as finalidades e o objetivo principal, isto é, a melhora e a reinserção do interno na sociedade, que é o que todos nós queremos.

Parece ser suficientemente claro que a dialética entre disponibilidade e contestação põe o pessoal de cura em um impasse difícil de superar. Ser disponível sem cair na dependência institucional. Em outras palavras: ‘‘conseguir ser autônomo’’ põe o problema no seu nível mais alto.

A negação da dependência institucional não coliga a outra referência ideológica que não seja aquela, muito informe, de uma ideologia comunitária e colocou o pessoal em uma situação de dificuldade da qual procurou sair com o retorno a modelos de identificação com o médico. A presença do médico tornou-se novamente uma presença que dá segurança, pelo menos no momento em que poderia constituir um reforço ao comportamento. O ‘‘fazer bem’’ podia ser quer o ser disponível para as novidades, quer o estar pronto a captar a palavra ou o gesto do

médico. Por outro lado, o médico tentou evitar esta nova relação paternalista e colocou o problema da discussão coletiva no plano do confronto real de cada questão que fosse apresentada. Parece sempre mais claro que esta maneira de proceder não pode evitar completamente o surgimento de oposição sistemática, tal como a experimentar os limites do sistema, nem a propagação de posições de dependência. Estes fenômenos, comuns também aos internos e aos próprios membros da equipe, demonstraram que a situação comunitária não é uma “solução” para os problemas de uma instituição psiquiátrica. Esta pode ser somente um “campo de observação” de tipo novo (com particulares possibilidades de análise das dinâmicas interpessoais de grupo) ou uma operação “política” com fins de ruptura antiinstitucional e de crítica ideológica.

Realidade e contradições no processo de renovação institucional

A passagem de um hospital psiquiátrico tradicional a formas novas de organização e de assistência pode percorrer estradas diversas: se o ponto de partida é comum com poucas variantes, o ponto de chegada, que é o da psiquiatria de amanhã, não é ainda conhecido. O ponto de partida comum é a recusa do hospital psiquiátrico tradicional. O hospital psiquiátrico tradicional já foi estudado a fundo, mas somente hoje é finalmente conhecido na sua verdadeira estrutura sociopsicológica. As estruturas futuras são, por sua vez, ainda indeterminadas. Por outro lado, as perspectivas de renovação estão tornando-se tão radicais (mesmo em alguns estudos estrangeiros) ao ponto de induzir-nos a considerar com fundamentadas razões que os próprios conceitos de “assistência psiquiátrica”, de “estrutura organizativa” e mesmo de “terapia” devem ser revistos e reformulados sob bases totalmente novas.

Existem nas várias experiências de reforma e de ruptura dos hospitais psiquiátricos alguns pontos de passagem, algumas etapas comuns que se encontram com surpreendente constância nas experiências baseadas em premissas teóricas diferentes. Em especial, as experiências anglo-saxãs (prevalentemente sob base empírica e em parte sob base sociológica), as experiências francesas (das quais as mais avançadas são de direta derivação psicanalítica) e a nossa experiência de Gorizia, por exemplo, mesmo sendo desenvolvida através de linhas que foram similares às experiências de “comunidade terapêutica” britânicas, encontrou-se a

debater alguns temas que portaram-na a contato com análogas preocupações existentes no âmbito da “psicoterapia institucional” francesa.

A renovação das estruturas psiquiátricas não pode proceder-se por contínuas crises e autocríticas, ou seja, por superamentos dialéticos que impeçam o cristalizar-se das sucessivas propostas em novas formas de fechamento, em falsas renovações, em novas instituições imóveis, mesmo se mais modernas, eficientes, “democráticas”, “comunitárias”. Uma vez superado o conceito tradicional do hospital psiquiátrico como lugar de terapia e de reintegração social, já que a psiquiatria moderna colocou em crise a si mesma, o hospital psiquiátrico que nasce das experiências mais recentes parece ter destruído quase integralmente, na prática, a idéia de que os seus hóspedes devam ser simplesmente *curados*. A realidade que encontramos pela frente é bem diversa e mais complexa: trata-se de agregados de pessoas internadas pelos motivos mais diversos, pelos quais a etiqueta de “doente da mente” não corresponde a nada de cientificamente definido; com estas pessoas, a equipe de cura deve encontrar a maneira de formular ao mesmo tempo uma crítica à estrutura institucional e uma tomada de consciência das contradições que, na sociedade externa, contribuíram a limitar tais indivíduos naquela rua sem saída que tradicionalmente faz coincidir em uma única definição e em uma única condenação a “doença mental”, e a sua segregação hospitalar. No momento em que a psiquiatria moderna percebe não saber mais nada sobre o que é a doença mental (e, portanto, não saber mais qual seja a sua cura), a crítica institucional descobre que a função do hospital não é mais aquela de reintegrar simplesmente o doente em uma sociedade injusta.

A transformação e a destruição dos hospitais psiquiátricos não é uma obra que percorre etapas pré-constituídas e lineares. Se existem semelhanças entre experiências de vários países tal fato deve-se a muitos motivos, entre os quais a existência de algumas premissas comuns a cada renovação psiquiátrica. Estas premissas se resumem, em geral, na recusa da violência e das funções hierárquicas tradicionais.

Existe aqui, como apêndice, um outro elemento a considerar. Se os reformistas partem muitas vezes de exigências similares (mesmo se em seguida as reformas são justificadas segundo teorizações doutrinárias completamente diversas), as próprias dificuldades que estes encontram têm geralmente características análogas. As hostilidades à renovação por parte de muitos ambientes, seja intrapsiquiátricos, seja extra-especialistas, mesmo sendo identificáveis em concreto somente numa realidade cultural e histórico-política que obviamente é variável, apresentam às

vezes características constantes, de ordem tanto psicológica quanto sociológica, que contribuem, portanto, a determinar indiretamente uma certa constância mesmo nas etapas organizativas da renovação.

Isto demonstra, entre outras coisas, que uma similar renovação não obedece a exigências técnicas gerais e fixas, como poderia ser, por sua vez, a racionalização de uma empresa, mas responde a fatores que em grande parte são externos às exigências organizativas puras e simples da instituição, e tem as suas raízes na sociedade. Além da exigência de negação do hospital psiquiátrico tradicional, é necessário, antes de mais nada, recordar a importância de uma exigência complexa de renovação, que poderemos dizer de natureza moral. A indignação pela violência que se exercita nos doentes da mente se baseia numa exigência reformadora que é alimentada por uma consciência democrática (tradicional) interiorizada na educação (tradicional, do *habeas corpus*, respeito e cura para os sofredores, senso da dignidade humana, desejo de tomar todos os membros de qualquer comunidade participante dos benefícios da democracia etc.). O hospital psiquiátrico como “fossa de serpentes” suscita não somente uma indignação de compaixão e da caridade, mas também, tão logo a consciência civil dos benévolos se faz mais elevada, uma tendência ao reformismo empírico.

A presença de um extrato de reformistas mais conscientes desta exigência democratizante e o destaque deste extrato de reformadores da maioria da população e da orientação das autoridades civis, e dos detentores do poder psiquiátrico, criam a possibilidade do aparecimento de conflitos abertos entre os entusiastas e os opositores de uma reforma psiquiátrica.

É compreensível que onde o reformismo psiquiátrico é mais harmoniosamente inserido em um pacífico desenrolar-se da vida social de um país de antigas tradições democráticas, este tende a assumir aspectos de reformismo gradual, enquanto, pelo contrário, é justo esperar uma radicalização da ponta mais avançada da renovação institucional onde exista um forte contraste entre este último e o prevalente atraso político e “civil” do país.

Quando o reformismo hospitalar supera os limites da simples humanização, este se transforma de providência civil genérica à providência verdadeiramente renovadora. A definição daquilo que resta de “psiquiátrico” na transformação de um velho manicômio em uma instituição de tipo novo, nos foge no momento em que tentamos colocá-la em foco: não é nada fácil definir a que ponto a teorização

“democrática” e “humanitária” do hospital moderno cesse também de justificar-se como terapia “mais eficaz” do doente mental.

A reforma psiquiátrica institucional apresenta desde o início, senão claras características específicas relativas à particularidade terapêutica do ambiente onde é exercitada, pelo menos alguns limites específicos aos quais é conveniente acenar. Mais precisamente, o fato que existam indivíduos permanentemente não livres (os doentes mentais como cidadãos de segunda categoria) constitui um obstáculo no processo de democratização da instituição. Esta última apresenta características estruturais que tornam difícil (mas não impossível) a superação de uma humanização: os internos hóspedes da instituição tiveram dificuldade de colocar-se, desde o início, como propulsores da reforma que lhes interessa, e esta última tende infelizmente, às vezes, a apresentar-se em uma primeira fase com as características e os riscos de uma reorganização operada do alto. O problema, não grave, que o hospital está ainda em fase de revisão inicial dos velhos esquemas autoritários, torna-se sério quando a experiência é levada em frente, até colocar, em termos mais radicais, a exigência de uma liberdade real (e não somente alargada) dos internos: mas é próprio a este ponto que a teorização da comunidade hospitalar deve tornar-se mais rigorosa e superar os limites de um humanitarismo genérico. O fato de que na comunidade se deseje efetuar uma educação à liberdade, não impede necessariamente o risco que fique confirmada a autoridade da equipe dirigente. Segundo o esquema capitalista (muitas vezes e tão justamente criticado), aos subordinados é concedida liberdade de opinião e de ação no interior dos limites previstos pelo sistema. O caráter mais sujeito a críticas do liberalismo não consiste tanto na sua mensagem de não-liberdade quanto na sua tendência à integração: isto é, na falsa liberdade que educa os oprimidos a apresentar exclusivamente pedidos “razoáveis”. A comunidade terapêutica hospitalar deve combater o risco de recalcar este esquema.

Por um lado parece indispensável dar aos doentes um máximo de liberdade e de autonomia, um mínimo de restrições e uma total ausência de providências punitivas. Por outro, parece impossível evitar que o esforço feito para empurrar os internos crônicos, abúlicos e passivos à liberdade (isto é, a escolhas, atividades, participação, críticas) vá além da situação real e desenhe, portanto, para muitos pacientes, no interno do hospital, um quadro de liberdade fictícia. Estes são os primeiros a perceber esta situação e muitas vezes acontece que sejam os próprios pacientes menos participantes a exprimir os defeitos de toda a situação com muita lucidez. “É inútil que me convidem a participar da discussão, a votar; vocês não

podem dizer que somos todos iguais, vocês são os médicos, nós somos os internos, e nós estamos fechados aqui e dependemos de vocês.”

Isto não significa que situações e dificuldades do gênero não possam ser enfrentadas, discutidas e continuamente corrigidas: o próprio fato de assumi-las como problemas, isto é, de vivê-las como dificuldades em todos os níveis da comunidade hospitalar, constitui um dos estímulos mais preciosos e um dos incentivos a que se atinjam níveis cada vez maiores de crítica e de consciência.

Assim, por exemplo, é bem sabido que existe o perigo de que a imobilidade abúlica e passiva dos doentes do hospital tradicional se substitua por um ativismo inconsciente, acrítico e rotineiro.⁶ Este perigo pode ser superado e corrigido, pelo menos em parte, insistindo na possibilidade das escolhas e das alternativas (inclusive a recusa da atividade por parte dos doentes). O fato de que os internos possam escolher ou recusar não uma só atividade, não uma função somente, mas várias funções, constitui um dos pontos de referência e uma das passagens obrigatórias de uma comunidade terapêutica em evolução. Estas possibilidades de escolha constituem a consequência prática das discussões e conduzem inevitavelmente a uma tomada de consciência que a própria existência do hospital psiquiátrico põe às atividades dos internos.

Também aqui propõe-se uma dificuldade aparentemente intransponível: enquanto no interior do hospital cada liberdade parece tornar-se possível (não como liberdade regressiva do lícito individualista, mas como liberdade de organizar coletivamente o próprio tempo), a presença de uma lei manicomial e de uma separação entre o hospital e a comunidade extrema da sociedade “sã” constitui uma nova barreira. Esta barreira é real e presente. O perigo de um hospital como “estância” e como “refúgio dourado”, mesmo se continuamente reproposto, é na realidade facilmente superado e evitado na medida em que cada problema *interno* é enfrentado como tal e vivido como crise não só pelos internos, mas também pelo pessoal de cura: esta dialética, ao invés de produzir uma tranquilidade dos internos em uma solução cômoda, conduz necessariamente a um confronto com a realidade. Este confronto é cada vez mais penetrante e maduro e desemboca, enfim, no confronto com a realidade opressora mais verdadeira e dolorosa, que não aquela das injustiças e sofrimentos internos, mas na efetiva impossibilidade do hospital, o fato que não sejam possíveis trocas reais, produtivas e vitais com a realidade socioeconômica do mundo externo, o fato que a opinião pública continue a ser

⁶ Cf. o nosso relatório “*La socioterapia como alibi istituzionale*” (Vercelli, 8-9 abril, 1967)

pesadamente preconceituosa com os internos constituem um limite gravíssimo à liberdade da qual gozam os internos no interior da cerca manicomial e tendem a negar e minimizar as conquistas dos mesmos. Porém, estas últimas se recompõem em uma nova tomada de consciência da situação.

Nesta altura, é necessário eliminar do campo um possível equívoco: algumas pessoas que visitaram o nosso hospital perguntaram-nos se não havia perigo de habituar os doentes a um democratismo bem lubrificado, artificioso e idílico, até o ponto de *creare degli spostati* (criar desadaptados), em confronto com a brutalidade imperante na sociedade dos “sãos”. Este perigo existe, mas nós o consideramos decisivamente secundário. Em primeiro lugar, a dinâmica interna da comunidade hospitalar é a coisa menos irrealista, açucarada e artificiosa que se possa imaginar (pelo contrário, a dialética que move as discussões e as resoluções práticas nasce do confronto, muitas vezes exasperado, das tensões internas e das dificuldades que surgem com as exigências colocadas pelo mundo externo, das quais é representante típica a administração do hospital, com as suas exigências e dificuldades financeiras e burocráticas); em segundo lugar, a educação para a democracia e para o antiautoritarismo dos internos (mas também, e muitas vezes de maneira acentuada, do pessoal terapêutico) não constitui um hábito “cômodo” que possa triturar-se ao contato com as leis mais brutais da concorrência da sociedade; mas fornece um positivo e útil poder de contestação e um reforço das possibilidades de contraposição pessoal. Estas, não podem mais que jogar a favor de uma inserção ativa fora dos muros do hospital.

A dificuldade é, talvez, outra. O mandato social ao qual responde o hospital como instituição é, no pior dos casos, punitivo e custodialístico; no melhor dos casos, puramente integrante. Mas, é verdade que, quanto ao dever preciso da instituição do doente na livre dinâmica da sociedade, não se pode evitar que desta meta descenda toda uma série de esforços que são necessariamente integrantes (e, portanto, não contestados) e, no máximo, decididamente conformatizantes. Observa-se, portanto, a existência de um contraste entre a comunidade e a definição da psiquiatria. Esta última, com efeito, é ainda uma disciplina “terapêutica” que se funda na integração como *valor*, isto é, no controle e na reeducação dos comportamentos socialmente desviados em função da readaptação a formas sociais comumente aceitas. O modo de tomar forma da comunidade hospitalar avançada, pelo contrário, tende a desencorajar o conformismo e a dependência, e a encorajar a contestar e a criticar. Pode-se, portanto, objetar que, neste caso, o perigo não é tanto criar desadaptados quanto criar rebeldes; e nós poderemos também respon-

der abertamente que isto seria talvez desejável. Na realidade, se uma impossibilidade existe neste contexto, esta não é devida a uma insuficiência pessoal e organizativa, mas a características estruturais não elimináveis do trabalho *psiquiátrico e hospitalar* no sentido atual destes termos.

Continuamos ainda, infelizmente, a mover-nos no âmbito de uma tradição psiquiátrica que não inventou uma *antipsiquiatria* respeitável e válida, e, portanto, estamos ainda ligados a uma concepção da saúde, da doença mental e da cura, que é permeada de valores e juízos socialmente e historicamente determinados. Ademais, a função da equipe terapêutica no hospital é tal que põe-se em modo necessariamente não unívoco: o médico faz parte de uma sociedade externa em que ele pode inclusive não partilhar e não amar, mas que lhe permite ser reformador nas horas que passa no hospital. A liberação do doente não é necessariamente a sua *causa*, e ela não pode aceitar tão facilmente renunciar totalmente à própria função, reconhecendo ao doente o direito a contestar totalmente a sua presença. O médico tem uma mentalidade de homem livre, e infelizmente, de burgueses, e possui uma função que é já comprometida com um mandato social, custodialístico, e integrante, antes mesmo que coloque os pés no hospital. Mas, coisa ainda mais grave, no hospital ele se dedica a uma atividade que, tendo bem pouco de científico e de claramente predeterminado, arrisca, por azar, utilizá-la continuamente ao seu *poder* (que é poder social, político) sobre o doente.

Existe, mas no papel, uma fórmula que aspira ultrapassar estas dificuldades. As várias funções dos médicos, dos enfermeiros, de toda a equipe poderiam ser divididas em funções sociais e em funções técnicas, e estas últimas não implicariam um poder real capaz de subtrair a outros uma parte da sua liberdade. Afirmar-se, em uma perspectiva similar, que se existem sempre assimetrias de relações (no sentido de que a capacidade de decidir é condicionante de uns sobre os outros e deixa inevitavelmente a alguns um poder maior que a outros), isto acontece somente enquanto as diferenças qualitativas nas funções técnicas são absolutamente explícitas e, sobretudo, aceitas como necessárias pelo livre consenso coletivo. A distinção entre poder técnico e poder político é uma das típicas mistificações do *poder*. Estimulados pela diferença suscitada em nós pelo fato de constatar que, fora do hospital, a defesa do neutralismo “indiscutível” dos especialistas e dos técnicos é sempre apoiada pelos reacionários, somos obrigados a perguntar-nos em primeiro lugar se a distinção entre poder técnico e poder político (ou seja, entre função técnica “psiquiátrica” e função autoritária ou, segundo a opinião de alguns, entre autoridade e autoritarismo) tenha um sentido em sede conceitual, e, em segundo

lugar, se o poder “técnico” não restituia continuamente a quem o detém a oportunidade e a tentação de um “pré-poder” autoritário que corra o risco sempre de reproduzir-se de maneira mais ou menos clara. Aqui, a discussão nos levaria longe; basta-nos acenar que, segundo a nossa opinião, o quesito deva ser virado: trata-se de saber por que algumas pessoas e não outras têm um similar poder “técnico” e se a aquisição e a manutenção deste poder não está previamente ligado a um privilégio já adere aos valores definidos como “sãos” pela sociedade.

A isto soma-se o fato de que o pré-poder autoritário dos médicos tende, infelizmente, às vezes, a ser cada vez mais sutilmente psicológico, mais escondido e mais tenaz cada vez que o autoritarismo se faz menos explícito e menos tradicionalmente violento. A decisão de quebrar a cômoda rotina carcerária (ou paternalista) dos hospitais tradicionais nasce de uma escolha pessoal que impõe sacrifícios bem precisos por parte da equipe dirigente e se relaciona seja às exigências “morais” e “civis” a que nos referimos acima, seja às necessidades de verificar pela única maneira possível, isto é, no *campo real* em que a psiquiatria é de fato exercitada, a superação da psiquiatria tradicional. Tornou-se já claro que a psiquiatria dita científica, baseada no estudo do caso clínico individual, como problemas abstratos da viva realidade da *gestão social* do doente da mente, é um exercício privado de nexos e de possibilidades reais de verificação.

Aqui, no hospital psiquiátrico, emerge um contraste entre as teorizações “terapêuticas” de toda a psiquiatria acadêmica antiga e moderna, e o mundo das dificuldades em que a doença mental encontra a própria realidade de violência e de opressão. Esta consciência implica numa escolha entre um método de pesquisa descritivo, tecnicista e “neutro” (representado pela filosofia atual do estruturalismo) e uma pesquisa que dedique-se a um empenho pessoal, um compromisso em um campo de ação onde a política é inseparável da pesquisa, a práxis da reflexão sobre *esta* práxis.

A nossa escolha é, portanto, a dela do empenho. É necessário porém estarmos conscientes do fato de que qualquer um que proponha a renovação de uma instituição psiquiátrica se sujeita a enfrentar exigências de transformação que impõem uma revisão dos critérios produtivos, consumistas e egoístas, que regulam, de fato, a nossa sociedade.

O mandato social, a função delegada pela sociedade ao médico do hospital manicomial não é a de quebrar a instituição manicomial, mas de mantê-la; não é de renunciar ao poder do médico, mas de utilizá-lo, não é de criticar o papel social

opressor e integrante da psiquiatria, nem de favorecer o poder de contestação dos excluídos e dos oprimidos, mas de defender os privilégios de quem exclui ou oprime; não é de criar uma estrutura “horizontal” no hospital, mas de refletir, absolutizando a hierarquização opressora da sociedade externa; não é de submeter a uma crítica e autocritica contínua a manipulação das consciências das quais é responsável e culpada a inteligência médica, mas de fornecer à sociedade uma máquina assistencial que lhe seja funcional e que tenha como objetivo não atrapalhar os privilégios de quem deseja que a sociedade não mude o próprio rosto opressor.

Isto comporta duas consequências importantes. Em primeiro lugar, este tipo de escolha *não* tende a criar uma ilha não autoritária, mas, justamente, a conscientização e a verificação experimental de uma dialética entre um autoritarismo e um hierarquismo (criticados e combatidos) e novas possibilidades de contestação que nascem, originalmente, da desmistificação da função tradicional do médico. Em segundo lugar, a escolha não-autoritária e não-hierárquica deve colocar-se sobretudo como problema *pessoal* e como *crise* individual naqueles que promovem a renovação psiquiátrica institucional. Todas as expectativas de comunidade terapêutica avançada, de qualquer origem doutrinária (psicanalítica, sociológica, política, humanitária), convergem em um certo momento de sua evolução para a necessidade da destruição das funções terapêuticas tradicionais; mas não todas reconhecem que esta escolha se conecta de maneira orgânica e inevitável com a proposta de uma escolha existencial que vá além da aplicação pura e simples de um método organizativo. Neste sentido, o falso *democratismo técnico* proposto e teorizado como meio ideal para “gerir” grupos e comunidades de doentes e de sãos não faz nada além de enfatizar, seja a dependência desta formulação “científica” de uma tradição acadêmica que sempre foi (nas fábricas e nos manicômios) a serviço do poder constituído, seja a subordinação permanente dos doentes (como sujeitos-objetos) à mais tola inteligência organizativa dos organizadores da experiência. O empenho pedido é, portanto, de outro tipo. É interessante notar que no mundo político de hoje está afirmando-se, de maneira peremptória, uma nova alusão ao elemento subjetivo, de crise e da tentativa de renovação pessoal, como premissa e desenvolvimento de cada tentativa de eversão da ordem constituída. Até poucos anos atrás, esta temática não era presente: hoje se fala cada vez mais num novo tipo de demanda de consciência, que implica não somente necessidade de manter, no interior de uma revolução política, a tensão subjetiva e a exigência pessoal e recusa das categorias mentais e das convenções culturais do passado, mas

implica também a possibilidade de contestar *desde agora*, no empenho da pesquisa e da luta, as convenções culturais correntes das quais derivam o autoritarismo, o hierarquismo, a violência do poder. O igualitarismo não é mais um mito a deixar para o futuro, e nem ao menos um hábito a cultivar artificialmente sob a proteção das influências externas, mas uma exigência que nasce de uma determinada experiência como critério de contestação aos valores de autoridade, abuso e exclusão sobre os quais se baseia a sociedade exterior e (de maneira mais direta, brutal e evidente) qualquer ordenamento manicomial.

A escolha do igualitarismo é, portanto, em primeiro lugar, uma escolha que deve ser feita pela equipe dirigente do hospital, mas esta implica uma tensão subjetiva que vai além da temática tradicional da renovação psiquiátrica. Se, como é evidente, não pode existir um incentivo à contestação por parte dos doentes sem que exista uma análoga, livre e vital capacidade de contestação da equipe terapêutica no *próprio interior*, é também evidente que o “confronto com a realidade” sobre o qual se baseiam todas as experiências de comunidade terapêutica avançada não pode limitar-se a uma ocular dosagem das frustrações, mas deve traduzir-se em um confronto entre o máximo de tensão anti-hierárquica, antiautoritária e igualitária e àquelas pressões, hierárquicas, autoritárias e discriminatórias, que vêm da própria sociedade externa e que sobrevivem em cada um de nós, mesmo no nosso trabalho cotidiano.

A dificuldade maior da renovação institucional não está, portanto, na dificuldade de “organizar” sobre novas bases “liberalizadas” a jornada dos internos, mas nos obstáculos que a equipe terapêutica (e aqui nos referimos também aos enfermeiros) encontra no esforço de renovar a si mesma com os internos, modo tal a permitir a si mesma e aos internos readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não-liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade.

A equipe terapêutica poderá ser contestada, na sua função, pelos internos, somente na medida em que seja capaz de estar aberta no seu interior a uma livre dinâmica de autocrítica e autocontestação: senão a sua atividade “liberalizante” com respeito aos internos será aplicada de maneira “técnica” e de má fé.

Por outro lado, acontece facilmente que o pessoal curador tenda a defender a si mesmo, a própria autonomia e integridade, as próprias motivações de grupo e as próprias motivações pessoais ao sucesso, ao prestígio, ao poder, ao dinheiro e à carreira. Isto não pode ser superado com um convite puro e simples a uma reforma moral individual, que deixada a si mesma corre o risco de ser puramente ideológica

e de produzir uma série de falsos comportamentos virtuosos, moralizantes, individualmente voluntaristas e francamente neuróticos. Impõe-se, aqui, uma atividade de reflexão e de crítica que tem que ligar-se a uma *práxis comum* e articular-se em um *trabalho de pesquisa* com os internos capaz de revelar de maneira mais objetiva o jogo das dinâmicas sociais e psicológicas, e o interior da comunidade hospitalar no curso de sua maturação. O limite mais evidente (mas não o mais grave) desta atividade está na dificuldade de destruir a distinção *curador-curado* sobre a qual se funda o *privilégio psiquiátrico*, isto é, da psiquiatria como poder do homem sobre o homem, segundo a clássica mistificação através da qual o poder “técnico” é *neutro*. A dificuldade mais séria é, porém, uma outra e consiste no fato de que a prática hospitalar, mesmo inovadora, não se põe facilmente no plano do discurso político, no sentido da elaboração de uma atividade revolucionária, mas corre o risco de ficar perpetuamente confinada nos limites de uma atividade puramente reformista. Na medida em que a equipe curadora não consegue coligar-se a um movimento verdadeiramente revolucionário e eversivo no plano social, esta não consegue nem ao menos maturar a própria concepção do mundo. Este limite é particularmente sério quando o contexto nacional no qual a equipe se move não consente uma renovação que vá além das estruturas e dos “serviços” relativos ao tecido social. Se falta uma luta revolucionária, isto é, uma batalha política, não no sentido estrito do termo, a equipe curadora não consegue forjar os instrumentos para a própria renovação interna: permanece uma equipe burguesa em um mundo burguês. Esta equipe pode somente tender à pré-figuração das relações sociais de tipo diverso, mas não pode colocá-las em ação: faz um trabalho parcial e indicativo. Por outro lado, também neste contexto, a tomada de consciência das contradições *psicológicas e culturais* da sociedade capitalista, espelhada no seu particular setor, que é o da ideologia psiquiátrica e da assistência psiquiátrica, contribui a fornecer alguns dos detalhes críticos que servirão, talvez amanhã, a uma tomada de consciência capaz de formar relações interpessoais de tipo diverso.⁷

7 In *Note e Riviste di Psichiatria*, Anno LXI, fas. 1, gennaio-marzo, 1968. (N. do T.)

Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária¹

Joel Birman
Jurandir Freire Costa

Introdução

Este relatório deve tratar do tema da Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. Tema essencialmente prático, convidando atividades de planejamento de Saúde no campo da Psiquiatria.

Entretanto, a questão mesma da Psiquiatria Comunitária é problemática e ambígua na sua construção teórica. Ela levanta em si um número extenso de questões que necessitavam de algum nível de tematização, a fim de que um tema operacional como o nosso pudesse ser trabalhado. Não estamos absolutamente diante de um sistema teórico seguro e consistente que pudéssemos colocar entre parênteses temporariamente, a fim de discutirmos a constituição de uma melhor rede assistencial. Estamos perante um problema que necessita ser tratado teoricamente, pois dele decorrem conseqüências de base sobre a organização de instituições voltadas para a assistência.

Nesta perspectiva, preferimos discutir dois aspectos centrais da questão, a fim de dimensionar o problema que representa a Psiquiatria Comunitária. Sobre esta discussão básica retiramos algumas conclusões parciais sobre a Formação de

1 · Relatório oficial do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil, promovido pela APPIA, abril de 1976, Rio de Janeiro. Publicado originalmente em: *Relatório e Resumos do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto Juvenil*.

Instituições e esperamos que com isso um debate possa ser aberto sobre este problema fundamental da moderna prática psiquiátrica.

Este relatório terá duas partes fundamentais, nas quais serão tematizados os seguintes pontos:

- 1) A Saúde Mental como objeto da nova psiquiatria;
- 2) A comunidade: novo espaço de intervenção da Psiquiatria.

Sabemos que a Psiquiatria Comunitária envolve um conjunto de outros pontos a serem tematizados, de grande importância, como os das Terapias Breves, Terapias de Crise etc. Entretanto, se escolhemos estes para serem aqui problematizados, isto se deve a que os encaramos como os mais fundamentais, para com eles iniciarmos um debate — que esperamos seja continuado — com a discussão dos outros aspectos da Psiquiatria Comunitária.

PRIMEIRA PARTE

A saúde mental como objeto da nova psiquiatria

A grande característica da psiquiatria atual é o seu estatuto de crise, que se delimita em todos os seus níveis constitutivos:

1) Enquanto Sistema Assistencial, nas suas grandes formas de atenção pública e privada. Transforma-se a categoria da profissão médica, que deixa de ser uma profissão liberal em que o profissional comanda a sua atividade em todos os níveis, sendo esta controlada pela corporação médica, nos planos jurídicos e científicos, para tornar-se uma profissão assalariada. O médico torna-se um profissional em que a prestação de serviços — o ato terapêutico — não se esgota mais no colóquio singular e íntimo com seu paciente. Esta relação é cada vez mais regulada por uma instância supraclínica que estabelece a estrutura fundamental do ato terapêutico, definindo o espaço em que este vai transcorrer, nos seus detalhes e nos seus gestos. Entre o médico e o enfermo intervém um organismo regulador, que paga o médico, define o tempo e a periodicidade das consultas e os recursos que devem ser empregados.

No controle da ação médica, as instituições públicas e privadas disputam as prioridades, sendo que o Estado pode gerir diretamente os recursos no campo da Saúde, ou possibilitar o seu exercício à iniciativa privada.

Se no nível da Medicina Somática são imensas as transformações que isto acarreta para sua prática, para a Medicina Mental estas mutações subvertem o essencial, já que, fundada na relação discursiva entre um médico e um enfermo, mesmo que se trabalhe com uma Psiquiatria Organicista, esta penetração, no tempo contemporâneo da nossa prática, abala de tal forma a sua estrutura que vai levá-la até a constituição de um novo objeto do saber;

2) Como saber, enquanto disciplina teórica, na medida em que os seus fundamentos são postos em dúvida na sua cientificidade. Podemos captar, na trama íntima desta crise, um fio condutor para nos orientar: o conflito se estabelece, neste nível, entre um saber que definia um objeto que historicamente identificava a psiquiatria como tal e um novo saber que se estabelece em torno de um novo objeto. Opõem-se aqui um conflito entre a Doença Mental e a Saúde Mental.

Desde o seu surgimento, no final do século XVIII, a psiquiatria se propunha, como disciplina médica, à terapêutica dos distúrbios mentais, sendo que seu campo de cientificidade abrangia o estudo destas doenças e das indicações de sua instrumentalidade curativa.

Entretanto, na modernidade, o seu objeto teórico pretende-se outro: a psiquiatria pretende-se um saber sobre a Saúde Mental, sobre as suas condições de possibilidade e sobre as formas de instaurá-la originariamente nos indivíduos.

Instaura-se uma mutação radical no campo epistemológico da Medicina Mental, passando de instrumento de cientificidade sobre a Doença Mental para pretender-se definidor da Saúde Mental. Pode-se, através de um hábil jogo de palavras, subestimar a transformação operada, como efetivamente se faz, ao indicar que quando se queira curar a doença buscava-se a saúde, e que, na modernidade, a psiquiatria levou os seus pressupostos à radicalidade. Entretanto, do ponto de vista teórico, transforma-se o discurso psiquiátrico, e, do ponto de vista assistencial, as suas estruturas se transformam;

3) Finalmente, em virtude mesmo dos conflitos definidos nos níveis anteriores, a crise se estabelece no seu terceiro nível constitutivo: como prática clínica. Controle do espaço terapêutico, pela ativa invasão de Instituições externas, e as transformações operacionais que demandam a mudança de seu objeto confundem esta prática clínica. O novo objeto opera um conflito entre a nova prática exigida e a prática anterior erigida em função do antigo objeto: o psiquiatra estará numa região nebulosa, onde nem sempre existirá homogeneidade e coerência entre as

suas estruturas lógicas-conceituais e os seus instrumentos operacionais de realização terapêutica.

Esta crise, em verdade, não é nova. Ela se perfila de modo tímido desde o começo deste século, com a crise da Psiquiatria Fenomenológica na Europa e o surgimento da Psiquiatria Behaviorista americana, que encontrará em A. Meyer o primeiro formulador da enfermidade mental como desadaptação social, como reação a uma situação ambiental conflitiva. Entretanto, a crise se aprofunda, mostrando de modo mais nítido as suas linhas de desenvolvimento e explicação a partir da II Grande Guerra, onde se fundem numa unidade as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua consequente incapacidade social.

No contexto desta crise surge a Psiquiatria Social como a grande novidade, o medicamento milagroso para os males da teoria e da Instituição psiquiátrica, confundindo-se neste novo segmento histórico, homogeneamente, com a nova arrancada da Medicina Social, sinal de uma mudança mais global que envolve toda a Instituição Médica.

Esta psiquiatria, no que concerne ao estudo da instituição asilar e de alternativas para a mesma (Bastide, 1967), tomará formulações diversas nestes últimos trinta anos. Apresentará subseqüentes soluções que se ultrapassam, reduzindo, na prática, a solução anterior para um plano secundário. Podemos, assim, destacar dois grandes períodos que redimensionam o campo teórico e assistencial da psiquiatria:

1) Processos de crítica à estrutura asilar, na medida em que o asilo passa a ser apontado como o elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos. Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, E. Unidos) e de Psicoterapia Institucional (França) (Bonnafé, 1957: 28), atingindo o seu extremo com a instauração das Terapias de Família;

2) Num segundo momento, esta Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (E.U.A.) ou de Setor (França).

Entretanto, apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se em espaços também diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico-conceituais aparentemente díspares, porém, que se

identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que ambas visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social.

Nas duas recentes estruturas, a terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção da Saúde Mental, ou, então, equaciona-se o conflito, numa solução de compromisso, pretendendo-se que com a promoção da Saúde Mental realize-se a verdadeira terapêutica psiquiátrica. Em qualquer das alternativas, contudo, o foco das preocupações teóricas e dos projetos assistenciais mudam de rumo, apontando para novas direções.

Interroguemos a recente História da Psiquiatria nas duas periodizações assinaladas. Acompanhemos a leitura destes movimentos, no deciframento das suas estruturas teóricas, implícitas e explícitas, que estão subjacentes nas transformações das estruturas assistenciais. Através disso, podemos determinar o surgimento deste novo objeto, em princípio de modo turvo, forjando-se na obscuridade das práticas, não se cristalizando nas formulações conceituais, mas que progressivamente ganha forma, tornando-se o objeto explícito da nova Psiquiatria. É preciso que esta análise seja acompanhada de correlações com a conjuntura histórica mais global, *a priori* concreto de suas realizações.

I - A saúde mental como objeto implícito da estratégia da psiquiatria institucional

A II Grande Guerra subverteu a estabilidade socioeconômica, a política mundial, principalmente a do Continente europeu. Os Estados Unidos, país indiretamente protegido por não constituir o cenário dos conflitos militares, não sofreu o desgaste imediato que repercutiu em todos os níveis sobre os países europeus. Estes se viram, de um momento para o outro, privados de boa parte de sua mão-de-obra ativa que sustentava o andamento da vida das nacionalidades, lançadas que eram às frentes de batalha, gerando fissuras profundas nas suas estruturas econômicas, que, já fragilizadas, tinham ainda que manter uma longa guerra, representando um desgaste suplementar ao funcionamento da economia.

Nesta conjuntura, elevou-se absurdamente o custo de vida nos grandes centros europeus e os extermínios provocados pela fome, pelo frio e pelas privações se avolumaram. Só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados.

Certamente que esta guerra não é a causa primeira de todo este desequilíbrio, mas é o seu ponto final, no qual a solução do desequilíbrio internacional foi jogado, representando uma agudização brutal dos jogos de interesse em luta desde a crise de 1929. Trata-se de uma guerra para uma nova partilha de poder, em que os E.U.A. emergem como a grande potência mundial.

O Estado, dirigente supremo das vidas no contexto da guerra, quer do ponto de vista político, quer do militar, reforça o seu papel central de gerente das trocas. Todo o excedente dos encargos econômicos reverteu em preocupações a serem mantidas, produzidas e dirigidas pelo Estado. Este se torna não só o grande poder virtual, a síntese do conjunto de poderes que dirigem a vida das nacionalidades, mas o poder concreto que define os rumos de todos os negócios públicos.

No que concerne à Saúde, esta passa a ser um encargo e uma obrigação do Estado, que passa a ser o seu grande gerente. Daí surge o postulado, pretensamente universal, de que todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, e que este produto tem que ser possibilitado pelo Estado. Mudança radical, já que até então os homens tinham assegurado o “direito de viver”, e eles passam a adquirir o “direito à saúde”.

Tomando o ano de 1942 como ponto de recomeço da História da Medicina atual, já que então se elabora o plano Beveridge na Inglaterra, que será tomado como o modelo de reorganização do sistema da Saúde em vários países, Foucault destaca claramente esta mutação:

“A data deste plano tem um valor simbólico. Em 1942 se estava em plena II Guerra Mundial, que matou 40 milhões de homens. E é em meio a esta guerra que se encontra afirmado, não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo, o direito à saúde. No momento em que a guerra devasta, uma sociedade se atribui a tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde”(Foucault, 1974:1).

Neste seu novo encargo, o Estado promulga leis que reformulam o perfil assistencial em relação ao doente mental, que passa a ser encarado com um outro olhar. Temos assim, na Inglaterra, o surgimento do National Health Service e o Disabled Persons Act (1944), e a criação da Segurança Social, na França, em 1945.

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente

estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho. As Comunidades Terapêuticas surgiam do impacto causado pelas novas condições de vida.

O asilo passa a ser considerado como o grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente produtor e mantenedor da enfermidade. Um conjunto de críticas que se vinham formulando de modo esparso sobre o contexto asilar são reatualizadas. É importante assinalar que estas críticas, esboços assistemáticos de uma nova percepção sobre a doença mental, já existiam, se bem que de modo marginal e silenciadas, só sendo acordadas e buscadas para fornecerem o sentido das transformações da assistência psiquiátrica quando condições objetivas, do ponto de vista histórico, tornavam-nas possíveis. Podemos assinalar:

1) Redescobre-se a obra de Hermann Simon (Simon, 1929), criador da Terapêutica Ocupacional, que quando de sua aparição na década de 20, foi objeto de severas críticas e reservas por parte da Psiquiatria européia.

Em 1903, Simon utilizou na construção de um hospital um grande número de pacientes que viviam isolados. Registrou a melhoria que isto produziu nos pacientes, que ao invés de ficarem na passiva posição de doentes, loucos irresponsáveis, tendo que ser cuidados exclusivamente pelos outros, foram colocados na atitude ativa de assumir outros papéis além daquele de enfermo, ao trabalhar e ter ocupações. Desta maneira pode expressar Simon:

“O trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era habitual” (Simon, 1929).

Apesar das críticas de que foi objeto, a T. Ocupacional foi aceita no asilo como mais uma terapêutica ao lado das outras (?!), liberalismo medicamentoso, se bem que assentada na estrutura pesada do asilo. Aceita, mas mantida de modo marginal. E quando as Comunidades Terapêuticas tornaram-se a Verdade da nova prática psiquiátrica, foi transformada no primeiro momento desta prática, como a primeira manifestação de sua essência. Nesta nova cronologia, Simon se torna o primeiro precursor das Comunidades Terapêuticas. Torna-se o ponto de referência fundamental, em torno do qual se constrói o movimento francês de Psicoterapia Institucional, por um grupo de psiquiatras do Hospital de Saint-Alban;

2) Desta forma, redescobre-se toda uma tradição de realizações de Sullivan, que postulou através da observação de seus pacientes esquizofrênicos, internados, a importância da ação do meio ambiente hospitalar sobre os enfermos, fator este que poderia tornar-se benéfico para seus tratamentos, desde que devidamente aproveitado e constituído de tal forma que possibilitasse agir nos tipos de relações interpessoais mantidos pelos enfermos.

Com efeito, Sullivan (Sullivan, 1931), desde 1929-1930, no seu serviço para pacientes psicóticos, transforma o seu enfoque terapêutico, voltando-o não mais para o tratamento individual, mas para a integração dos pacientes em sistemas grupais, sendo mantido o seu serviço segundo a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos. Registrava Sullivan as grandes possibilidades de comunicação que emergia em pacientes que não eram sensibilizados com outras abordagens;

3) Finalmente, a terceira redescoberta foi a de Menninger. Reencontra-se a Comunidade Terapêutica esforçando-se nos seus primeiros movimentos para tornar-se viva, nos trabalhos da Menninger Clinic, que desde 1936 tratava os doentes internados colocando-os em pequenos grupos, visando com isso a sua ressocialização (Menninger, 1937).

Entretanto, durante o próprio processo de guerra, na própria dinâmica criada por esta situação, a psiquiatria se adapta, moldando-se ao novo contexto de emergência e forjando-se novos instrumentos para lidar com os problemas advindos. Um grande número de soldados mostrava distúrbios mentais no campo de batalha, tendo que abandonar os seus postos pela incapacidade emocional. Eram, então, internados em hospitais psiquiátricos militares, onde se amontoava um grande número de ex-combatentes, que aí se mantinha por um tempo longo, o que tornava problemática não só a sua manutenção, mas principalmente a situação da frente de guerra, privada de um grande número de homens treinados. Vejamos como esta situação foi contornada, através de duas experiências dignas de nota, na Inglaterra e nos Estados Unidos, que vão constituir uma nova direção para as mudanças do asilo:

1) A experiência inglesa esteve sob a responsabilidade de Bion e Rickmann, médicos responsáveis pela direção de um hospital militar que cuidava de cerca de 500 enfermos com diagnóstico de neurose. Limitados pela desproporção numérica entre médicos e enfermos para realização de tratamentos individuais e tendo também que resolver problemas disciplinares, e regularizar as licenças dos soldados, eles resolveram transformar a estrutura de seu serviço.

Distribuíram, então, o conjunto de internos em pequenos grupos que se caracterizavam como grupos de discussão e de atividades, com o objetivo de retirá-los da inércia. Criavam, simultaneamente, uma reunião diária, uma espécie de assembléia geral, de curta duração, quando o conjunto dos grupos se reunia com os médicos responsáveis, com o objetivo de dar conta de suas atividades e de integrar o conjunto dos grupos numa dinâmica centralizada.

Através desta nova estrutura de serviço, multiplicou-se a eficácia apesar da carência de médicos, passando os grupos a adquirir uma potencialidade terapêutica, assim como a atividade de trabalho. Com esta experiência do Northfield Hospital, registra Bion (1970), foi conseguida uma grande melhoria dos pacientes que, assumindo as suas atividades, puderam rapidamente retornar aos seus encargos de guerra. Experiência de tão magna importância, pois dela se originariam não só a Comunidade Terapêutica, como o movimento das Psicoterapias de Grupo, já que o Dr. Bion vai ser convidado pela Tavistock Clinic para realização de terapias de grupo, devido precisamente a esta experiência singular (Bion, 1970).

2) A experiência americana esteve sob a direção do Dr. Menninger. Tornando-se responsável pelo serviço psiquiátrico do exército americano, Menninger se viu numa situação semelhante à de Bion e Rickmann e, como eles, estabeleceu como sua estratégia a de reintegrar, o mais rapidamente possível, os doentes internados às frentes de batalha. Para tal, o seu instrumento de trabalho também foi semelhante ao da experiência inglesa, já que procurava integrar os enfermos em nível de pequenos grupos, e a sua integração transformava-se no indicador das altas e das curas.

Da mesma maneira, no pós-guerra, Menninger utilizará a mesma tática, já que os soldados marginalizados da sociedade civil e com dificuldades emocionais serão reintegrados na mesma através de procedimentos grupais.

Forjando-se na guerra, recuperando-se num passado longínquo, através de precursores que se tornam os primeiros arautos de sua verdade, constitui-se o primeiro período da nova psiquiatria. Finda a guerra bélica, reequilibra-se o jogo de forças, efetua-se a partilha das regiões de influência e dos poderes supremos no cenário internacional, o ritmo da vida social turbulento é encarado como estando em permanente estado de guerra, e ao hospital psiquiátrico será demandado um esforço de funcionamento de guerra. Ele deve proporcionar um rápido retorno às atividades sociais, não podendo mais desperdiçar o potencial energético dos alienados.

O novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito da produção. Verifica-se, assim, que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar (Racamier, 1970). Registra-se a existência de síndromes específicas, caracterizadas por agitação psicomotora e produção delirante, devidas ao relacionamento da equipe com o paciente em questão. Assim, quando havia orientações diversas na equipe, quanto a como lidar com determinado paciente, o que trazia contradições e produzia-se conflito em algum nível, entre os dois médicos responsáveis (o psicoterapeuta e o psiquiatra clínico), ou entre o médico e o enfermeiro, sendo este conflito percebido pelo paciente e gerando este quadro mental que foi denominado de “Síndrome de Stanton e Schwartz” (Stanton, 1954).

Se o hospício é produtor da doença e passível de mantê-la, cabe realizar a “terapêutica” da estrutura hospitalar. Propõe-se a transformação do espaço hospitalar em espaço terapêutico. Ser um espaço terapêutico corresponde a tratar os males psicotizantes do hospital, para torná-lo passível de produzir a Saúde Mental nos seus pacientes.

Mas é preciso que nos interroguemos. O que representa esta fórmula ambígua, de terapêutica de um espaço social (o hospital) como condição de possibilidade da Saúde Mental? E o que é efetivamente a terapêutica de um espaço social?

Transformar o espaço hospitalar em terapêutica, corresponde a encará-lo como uma réplica, restrita e experimental, do espaço social extra-asilar, transformando-o no lugar privilegiado onde um aprendizado vai ocorrer, onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar: espaço de pedagogia social. As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.

Cabe sublinhar que estas mudanças asilares, no sentido de uma pedagogia normativa, não é algo externo ao tratamento que se daria de outra forma, mas é a essência da prática curativa. A possibilidade da cura relaciona-se com a perspectiva de entrar neste novo arranjo asilar. As situações hospitalares tornam-se um modelo, simultaneamente real e simbólico, que desenhavam as linhas reais e virtuais dos comportamentos permitidos e interditos, que erige um modelo de homem adulto.

Neste contexto neoasilar, a psicanálise é transformada para atender às novas demandas. Fundida e confundida com a Psicologia Behaviorista, nas suas receitas

advindas da Teoria da Comunicação e Informação, revitalizando a concepção americana de enfermidade como reação a um meio angustiante, que se origina em A. Meyer. A saúde e a doença mental oscilando entre os pólos da adaptação e da desadaptação social, a psicanálise é usada fora do seu campo de validade epistemológico, como instrumento adaptativo e pedagógico, para promover a Comunicação e a reeducação dos pacientes para o convívio social.

Isto conduz à introdução e ampliação do trabalho de grupos no hospital: grupos operativos, recreativos, artísticos e os terapêuticos propriamente ditos. Reencontra-se aqui novamente o objetivo central: educação para a vida social, através do grupo, signo de saúde mental, na medida em que o grupo é o núcleo da vida social no espaço extra-hospitalar. Mas, através disso, detecta-se também um outro tipo de preocupação: a busca de uma produtividade maior do terapeuta, principalmente o médico, uma multiplicação do seu valor, na medida em que haveria um terapeuta para um número maior de pacientes. Mas esta produtividade se amplia, já que os outros profissionais, até então subalternos, passam a adquirir o papel de terapeutas: enfermeiros e assistentes sociais. Na nova espacialização da cura, todos têm virtude de curar, se bem que isto não é acompanhado de uma identificação dos status de uma igual partilha do poder. Se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas. Terapêutica global, todos terapeutas, mas ninguém terapeuta de verdade, arrebatando-se os critérios de cura e de terapêutica do ponto de vista conceitual: tal é o saldo que esta mudança de objeto implícita vai articulando na nova estrutura.

Ora, é no mesmo sentido que são criadas as Terapias da Família, que nasceram no marco do novo hospital psiquiátrico, que se quer ressocializante como forma de evitar a alienação do paciente de sua vida familiar pelo ato de internação. Entretanto, nesta mudança da espacialização da enfermidade e do louco, na sua correlação com processos de adaptação-desadaptação grupais, uma mutação de enfoque se opera: não só adoecem as pessoas, mas também os grupos e, nestes termos, uma família que tem um doente psicótico no seu interior torna-se uma família doente. O psicótico passa a ser encarado como um sintoma de uma enfermidade mais ampla e complexa, que é a da estrutura de sua família. Daí, temos na ordem das conseqüências:

1) Não basta cuidar unicamente dos pacientes diagnosticados de psicose, mas torna-se obrigatório o tratamento do grupo familiar, sem o qual o tratamento individualizado é limitado ou mesmo ineficaz. Caberá agora à psiquiatria dissolver

a psicose por toda a família: distribuirá, para todo o grupo, a ansiedade cristalizada num único elemento, caracterizado como doente mental;

2) Na era da readaptação maciça do enfermo mental, é preciso que a família seja ativamente reestruturada para adaptar-se ao seu doente;

3) A Psiquiatria, após organizar os psicóticos em pequenos grupos no hospital, avança para os microorganismos sociais e assinalará a doença mental como um mal enraizado inicialmente na família, passando a produzir a Saúde nesta, através da sua ação normatizadora das suas inter-relações internas.

Chegados a este ponto, registramos a modificação radical da perspectiva psiquiátrica. Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais. E, para sermos mais precisos, o critério de cura e de alta hospitalar deixa de ser a redução de certas produções delirantes ou alucinatórias para tornar-se a adaptação social de um enfermo num grupo. Aquele que se adapte num grupo no interior da dinâmica hospitalar torna-se passível de se adaptar em qualquer grupo social que se localize no exterior do asilo.

Portanto, apesar de formulável num sistema teórico, o que podemos claramente ler nas entrelinhas das novas práticas e das novas instituições, é a criação de um novo objeto da psiquiatria, que é a Saúde Mental. Este é delineado com linhas bem marcadas:

1) A Saúde Mental é definida em termos adaptativos, como a capacidade do sujeito de integrar-se num grupo;

2) Adaptar-se num pequeno grupo representa a possibilidade do indivíduo de submeter-se, nem que seja aparentemente, às suas regras, formuladas por seus líderes formais, que se traduzem na sua linguagem e na realização de suas tarefas práticas;

3) A Saúde Mental representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades e, como tal, é uma potencialidade que tem que ser redescoberta para combater e sobrepor-se ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social;

4) Daí esta tática singular, presente em todas as Comunidades Terapêuticas, que consiste em falar às partes boas (Saúde) do doente, isto é, àquela que garantiria a realização das tarefas reguladas pelo grupo e o exercício do discurso da instituição. A Saúde Mental é uma essência que está mais além das aparências, nas

profundezas do doente, representando a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código.

Entretanto, estes temas estão apenas esboçados neste primeiro momento. Sua explicitação se dará no nível da Psiquiatria Comunitária. Esta já está aí preparada e montada, armando seus instrumentos. Todos são terapeutas, qualquer um pode ser, quando não se visa mais uma doença, mas a promoção da Saúde Mental.

II - A saúde mental: objeto explícito da estratégia da psiquiatria comunitária

Um conjunto de razões conduziram ao enfraquecimento dos movimentos de reformas hospitalares, sobretudo as de ordem econômica: o alto custo que representa, pela ampliação da equipe psiquiátrica, encarecendo os custos do tratamento, e na medida que organizados como alternativa do velho hospício, interessa pouco aos órgãos assistenciais do Estado.

As taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções. Assim, em 1955, o Congresso Americano cria uma Comissão de Enfermidade e Saúde Mental, que tinha como objetivo:

“análisis nacional y una revaluación de los problemas humanos y económicos creados por la enfermedad mental, y de los recursos, métodos e prácticas corrientemente utilizadas para el diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación del enfermo mental — de manera que conduzca a la formulación de recomendaciones amplias y realistas — que prometen como resultado una reducción notable de la frecuencia o duración de la enfermedad mental, y en consecuencia una disminución de la padecen, o de los recursos económicos de los Estados y de la Nación” (Comissão de Enfermidade e Saúde Mental do Congresso, 1961: 303).

De 1955 a 1963 criam-se os projetos e comissões que examinam o estado de coisas existentes, mas, principalmente, criam-se as bases políticas e jurídicas para transformar o tipo de assistência psiquiátrica. E, em 1963, o presidente Kennedy formula, em linhas gerais, a nova política para lidar com as doenças mentais nos

Estados Unidos, que se tornaria referência para todo o mundo. Este novo programa se enuncia como de Saúde Mental:

“Propongo un programa nacional de Salud Mental para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se le encare desde un nuevo enfoque. Los gobiernos de todos los niveles — federal, estatal y local — las fundaciones privadas y los ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo” (discurso do Presidente Kennedy, 1963).

A reforma do hospital psiquiátrico deve ser abandonada como ação preferencial, tornando-se o espaço social mais amplo, o espaço de ação da psiquiatria: a “Comunidade”. Responsabilidade de todos, cidadãos e governo, instituições públicas e privadas, a estratégia de promoção da Saúde Mental se explicita, tornando-se a preocupação referida da Nova Psiquiatria. Esta mudança vai surgir no plano teórico, através de uma abordagem preventiva da enfermidade mental.

A psiquiatria dirige-se à Saúde Pública, incorpora alguns de seus conceitos básicos na sua teoria, fundamentalmente o de História Natural da Enfermidade, enunciado por Leavell e Clark (Clark, 1965), que discriminará três tempos na formação e desenvolvimento da enfermidade, até a sua resolução, e estabelecendo três formas diversas de intervenção, de acordo com o momento de sua constituição: prevenção primária, secundária e terciária. A doença mental passa a ter uma História Natural, estabelecendo-se a sua assistência de acordo com o seu momento evolutivo:

1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio;

2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;

3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

A psiquiatria toma então, explicitamente, uma feição ambígua. Ela passa a ser atravessada por linhas de força de origens diversas, referidas a valores lógicos e conceituais diferentes. Como Prevenção, ela se pretende uma disciplina articulada à psiquiatria geral, e mesmo à Medicina, pelo viés da Saúde Pública, mas é, ao mesmo tempo, uma produção do sistema estatal que erige alguma coisa como ideal normativo de saúde psíquica. Procura-se costurar os termos desta disparidade,

denominando a Psiquiatria Preventiva como a realização dos anseios da ‘‘Comunidade’’:

‘‘De esto se deduce que la psiquiatria preventiva es una rama de la psiquiatria, pero es también parte de un esfuerzo comunitário más amplio, en el cual los psiquiatras aportam sus contribuciones especializadas a una totalidad mayor’’ (Caplan: 35).

Poder-se-ia argumentar que a Prevenção Secundária e Terciária não correspondem a nenhuma novidade absoluta deste sistema, pois que já faziam parte do sistema psiquiátrico basicamente curativo: diagnosticar, tratar e readaptar, sendo sua única mudança a de serem estes termos tratados num enfoque de planejamento global das necessidades e ser sublinhada a importância da precocidade das intervenções técnicas. Com este tipo de argumentação, poder-se-ia inferir que o sistema de Saúde Mental inclui em si a perspectiva terapêutica, se bem que integrado numa perspectiva mais global.

Precisemos, entretanto, os termos da discussão tal como ela é posta. Certamente, a grande novidade de todo o sistema de Caplan é a Prevenção Primária, sendo as outras remanejadas pela perspectiva presente, as destacadas da prática assistencial já existente. Revelar o diagnóstico precoce para instituir rapidamente a terapêutica, corresponde a buscar formas para impedir que a enfermidade se enraíze ou provoque danos de tal monta que dificulta ou mesmo inviabiliza a possibilidade de tratamento. Da mesma forma, procurar seguir o paciente na sua fase de pós-cura, quando está ele ainda fragilizado e desorientado nas suas relações com os outros, corresponde a querer evitar as recaídas, fortalecendo a vinculação do paciente às preocupações anteriores à enfermidade.

Mas quando se afirma que a Prevenção Primária é a grande novidade do sistema, é necessário definir o seu lugar, tal como é enunciada por seus criadores e realizada nos projetos concretos de Saúde Mental. Quando se sublinha a Prevenção Primária, preconiza-se as intervenções sobre as condições possíveis de conduzir a enfermidade mesma, não sobre esta constituída. Esta é a orientação geral do novo sistema de Saúde Mental; não se abandona a perspectiva terapêutica. Entretanto, e isto é fundamental, na planificação geral do sistema de intervenção os esforços técnicos e financeiros vão se concentrar no nível da Prevenção Primária, tornando-se as outras prevenções como um acessório do sistema global. E, novamente, Caplan nos explicita claramente esta questão:

“Creo que la psiquiatría preventiva deve incluir la prevención primária como elemento esencial, y promover la salud mental entre los miembros de la comunidad que corrientemente no están alterados, tratando de reducir el riesgo de que enfermen. Admito que la inclusión de la prevención primária obliga a reducir el esfuerzo psiquiátrico en las áreas de la prevención secundaria y terciaria”(Caplan: 35).

Psiquiatria Preventiva, Prevenção Primária, promoção da Saúde Mental, o psiquiatra torna-se uma espécie de funcionário burocrático do equilíbrio comunitário. Se, inicialmente, na reforma asilar, o tratamento constituía a promoção da Saúde Mental pela busca de uma adaptação aos ideais estabelecidos para os grupos do hospital, sendo esta adaptação o critério de cura-alta, no novo contexto busca-se ativamente promover a adaptação aos ideais dos grupos instituídos no espaço social, já que a desadaptação de qualquer dos grupos instituídos passa a ser signo de doença ou de sua possibilidade, sendo registrado no mundo do patológico. Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução.

É assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre a adaptação e desadaptação sociais, de acordo com os critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da “Comunidade”, que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões. Adoecer mentalmente é falhar nos mecanismos interativos da “Comunidade” constituída, e curar é restabelecer este equilíbrio, como já estava em realização nas Comunidades Terapêuticas, já que promover a Saúde Mental é estimular a interação normatizada.

E, se o desvio é um signo possibilitador de adoecimento, no sistema homeostático da “Comunidade”, o exercício da psiquiatria corresponde a um instrumento reequilibrador, lançado para manter homeostaticamente o nível das tensões “comunitárias” no seu termo mais baixo, como se tratasse do funcionamento em feed-back de um termostato:

“La importancia que atribuyo a un enfoque amplio se basa en la creencia de que non sólo las estructuras de conducta del enfermo mental son parte de un sistema de respuestas ecológicas de una población en interacción com el medio,

sino que nuestras propias actividades como psiquiatras preventivos también constituyen una faceta del sistema total de seguridad comunitaria por medio del cual las respuestas socialmente desviadas y la formación indebida de víctimas individuales pueden controlarse''(Caplan: 35).

É neste sentido mesmo que promover a saúde mental forma um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Trata-se de esquadriñar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar.

É aqui que surge o conceito de Crise, já que este será o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade. O psiquiatra e sua equipe, junto com a população como um todo, seus líderes formais ou informais, deve atuar nas situações que antecederiam a eclosão da enfermidade:

1) Crises Evolutivas geradas pelos processos “normais” de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo, onde a conduta não está caracterizada por um padrão estabelecido — período transitório que perde sua caracterização anterior sem adquirir ainda a sua nova — conflitos podem ser gerados, levando à desadaptação, que não sendo elaborados pela pessoa, podem conduzir à doença mental;

2) Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença.

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise:

“El interés en este tema surgio con el hallazgo de que, en muchas personas que sufren transtornos mentales, los cambios significativos en el desarrollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante períodos de crisis bastante cortos”(Caplan: 52).

A crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de idéias que privilegia a questão do Normal e do Anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade. Com efeito, caminha-se para uma

enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo:

“En tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante períodos sucesivos de crisis”(Caplan: 52).

Entretanto, nesta abordagem de produzir a Saúde, a Crise torna-se um objeto privilegiado, já que se ela é um caminho seguro que pode conduzir à doença, ela pode ser também encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo. Defrontar-se com uma situação nova, ter de elaborar os instrumentos para lidar com ela é um teste que pode tornar enriquecedor o desenvolvimento da pessoa. Se colocado sozinho nesta eventualidade, o indivíduo nem sempre consegue torná-la proveitosa para si, retirando benefícios para seu enriquecimento pessoal. Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento. Ora, num sistema que se propõe a produzir a saúde mental, agir sobre as Crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas. Objeto ambíguo, a Crise é encarada como uma oportunidade de promover a Saúde:

“Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis ha sido un episodio prejudicial”(Caplan: 53).

Mas quando se coloca a possibilidade de realizar uma prevenção primária de enfermidades mentais, torna-se necessário dispor de um balizamento etiológico fundado, de tal forma que possamos dizer que controlando determinado fator, desta ou daquela maneira, poderemos evitar a eclosão das enfermidades mentais em qualquer dos seus tipos. Um sistema assistencial que se pretende agente de uma ação sobre as condições capazes de conduzir à enfermidade deve se sustentar num sistema causal consistente, para que uma ação preventiva possa servir de obstáculo a fatores patógenos e poder simultaneamente ser um produtor de saúde mental. Sem uma coerência desta ordem, o sistema não tem uma racionalidade teórica.

Entretanto, para as enfermidades mentais não possuímos modelos causais, construídos desta forma, que possam fundamentar uma ação preventiva do tipo primário. Poderíamos para tal, argumentar:

1) O conhecimento etiológico é pequeno para o grande número das enfermidades mentais conhecidas. Com exceção de um pequeno número de enfermidades de fundamento orgânico, não possuímos este conhecimento para a grande maioria delas. Isto nos levaria à realização de uma prática voltada para a Prevenção Primária, sem quase nenhuma racionalidade etiológica. Isto corresponderia a agir no escuro, quase no vazio.

E a situação ainda se torna mais incômoda quando se reconhece que, mesmo no caso de certas enfermidades das quais se conhece medicamente a etiologia, como é o caso da sífilis, não se pode determinar efetivamente qual é a capacidade de psicotização efetiva de um sujeito infectado. É Caplan mesmo quem afirma:

“No conocemos qué factores ambientales e individuales determinan que una persona infectada con sífilis se vuelva psicótica” (Caplan: 45).

E acrescenta a esta formulação: “Sin embargo, nadie cuestiona la conveniencia de intentar prevenir este trastorno mental antes de que hayamos establecido la identidad de los factores. Estamos totalmente dispuesto a actuar sobre la base de nuestro conocimiento parcial” (Caplan: 45).

Entretanto, mesmo que se pudesse acatar as boas intenções de Caplan de atuar baseando-se em um conhecimento parcial, não se pode absolutamente concordar com ele, quando procura sustentar um plano de assistência psiquiátrica global, no que isto representa de esforços e recursos, baseado num conhecimento incerto, mesmo no caso de doenças de etiologia conhecida. E este questionamento a Caplan é absoluto, quando nos deslocamos para o campo das psicoses endógenas.

A Psiquiatria Preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX, para justificar uma atuação sem conhecimento de causa e chamar a isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social. Como expressa Caplan a propósito da Prevenção Primária:

“Este enfoque se basa en el supuesto de que muchos trastornos mentales resultan de la inadecuación y de que, alterando el equilibrio de fuerzas, se hacen posibles una adaptación y un ajuste sanos” (Caplan: 45).

2) Um outro obstáculo seria do próprio tipo de racionalidade com que trabalham certas teorias psiquiátricas. Na medida em que trabalham com modelos hermenêuticos, como é possível ser construído um encadeamento causal retilíneo que pudesse servir de base a formulações preventivas?

Seja num nível, seja noutro, as práticas de Prevenção Primária não se fundamentam.

Se esta ausência de consistência é clara, fazendo do projeto de um programa de Prevenção Primária um conjunto de contradições, é preciso que olhemos também um outro lado da questão. Economicamente, nestes projetos, o psiquiatra, como mão-de-obra, encontra-se multiplicado, na medida em que será prolongado através da população não-doente, atuando junto a ele ou dirigida por ele, junto às populações de “alto risco”, quanto à perspectiva de doença mental. O psiquiatra passa a atuar indiretamente na promoção da saúde:

1) Educação da população através dos meios de comunicação de massa, sobre sinais precoces de crise e doença mental, e de como atuar nestas circunstâncias;

2) Através dos líderes formais e informais da “Comunidade”, na qualidade de supervisor de Saúde Mental: como líderes comunitários, convivem habitualmente de modo direto com a população, de modo que os que se defrontam com estes problemas em grande escala teriam melhores condições de atuação nas condições de Crise.

Objetiva-se entrar nas instituições sociais e culturais da “Comunidade”, com os instrumentos psiquiátricos, para promover a Saúde Mental. Todos os espaços sociais tornam-se passíveis de poder adoecer e são potencialmente objeto da psiquiatria da “Comunidade”.

Certamente, existem os teóricos da Psiquiatria Comunitária que procuram correlacionar o tempo histórico, as teorias e o tipo de assistência que deve ser fornecido aos doentes mentais. Tal é o caso de Hersch, que postula assim a mudança de objeto da Psiquiatria:

“... as condições e o espírito dos tempos — suas características sociais, políticas e econômicas — têm uma influência decisiva sobre os problemas que nos preocupam, os princípios e teorias que nos servem de guia, e as formas de ajuda que desenvolvemos” (Hersch, 1968: 23).

É assim que ele vai procurar estabelecer relações entre contexto sociopolítico, conservador ou reformista, e o tipo de assistência individual ou coletiva. Sigamos por um instante as suas argumentações:

1) Para um tempo histórico conservador, a assistência é intrapsíquica, sendo o indivíduo responsabilizado pelos problemas do contexto. Entretanto, se o contexto é reformista, a assistência visaria mudar as estruturas, já que o contexto político social é o responsável pelo que ocorre com o indivíduo;

2) O Modelo Clínico é compatível com um contexto conservador, voltado para o indivíduo, e o modelo de Saúde Pública, voltado para o meio ambiente e a Prevenção Primária, sendo compatível com um contexto reformista;

3) Num contexto de reforma social, deve-se, além da realização da Prevenção, promover o Bem-Estar e o desenvolvimento das individualidades, criando possibilidades para melhorar concretamente a vida dos indivíduos;

4) Para tal, as agências do serviço comunitário devem contar com a participação da população (Hersch, 1968: 23).

Para que esta nova perspectiva psiquiátrica se imponha, é preciso que haja também esta ideologia do Bem-Estar social que faça que todos se acreditem num contexto global reformista, libertário, na promoção do desenvolvimento do indivíduo e da “Comunidade”.

O objeto da Psiquiatria transforma-se. De cura da doença, pretende-se prevenir a sua possibilidade, mesmo que para tal inexista uma fundamentação teórica. Prevenir é promover a Saúde, identificada com promoção do ajustamento social. E, se o objetivo é a Saúde, sendo esta algo tão amplo e mesmo indefinido, não é mais necessário uma definição circunscrita da terapêutica, já que qualquer um pode realizar esta tarefa. Coloca-se a questão de se interrogar qual é o estatuto profissional de Psiquiatras e Psicólogos clínicos, e se efetivamente eles são necessários.

Na era da Saúde Mental, a estrutura de ação nas Comunidades Terapêuticas é esticada ao extremo, arrebatando o objeto e o sujeito do conhecimento psiquiátrico, que se traduz pela pulverização do sujeito da prática: qualquer um pode ser “técnico em Saúde Mental”. É preciso que nos interroguemos se atrás disto que se afirma — que qualquer um cura — não se camufla algo mais fundamental — que ninguém cura — ou cura-se quem não precisa ser curado. Os hospitais psiquiátricos americanos elevaram a sua taxa de internação de psicóticos, e os psiquiatras caçam os neuróticos, as minorias e os desviantes na “Comunidade”, numa pretensa apologia dos anseios desta mesma “Comunidade” e de um clima

de reformas. Ora, a psicose, o grande desafio para o conhecimento psiquiátrico, não é afrontada, e a Psiquiatria se desloca para uma subteoria da Saúde Mental.

SEGUNDA PARTE

Comunidade: o novo espaço de intervenção da psiquiatria

A psiquiatria atual é unânime em definir a comunidade como o lugar de atuação do psiquiatra. Os fundamentos dessa afirmação apóiam-se em duas premissas. Em primeiro lugar, admite-se que os recursos institucionais e humanos da comunidade (instituições médicas, paramédicas, educativas, assistenciais, religiosas, recreativas, culturais, os familiares, amigos, líderes formais e informais etc.) podem somar-se ao esforço da psiquiatria em prevenir, curar e reabilitar os pacientes psiquiátricos. Em segundo lugar, admite-se que os grupos sociais possuem um potencial terapêutico inerente às redes de relações funcionais e efetivas, que pode ser dinamizado e desenvolvido.

Portanto, a cooperação da comunidade e a amplificação de seu potencial terapêutico são as condições necessárias para que a psiquiatria torne-se comunitária. Em outros termos, a comunidade adequada à psiquiatria comunitária é a que possui um caráter cooperativo e espontaneamente terapêutico.

Tentaremos, por conseguinte, comentar estas duas premissas e verificar se elas se aplicam aos grupos sociais das grandes e médias cidades brasileiras.

Inicialmente, levando em consideração o suposto caráter cooperativo da comunidade. Sob este aspecto, pode-se afirmar que nada nos autoriza a pensar que as comunidades brasileiras comportam-se conforme esta expectativa. Para que os indivíduos pertencentes a uma determinada comunidade participem de um projeto comum é necessário que tal projeto seja um objetivo social consensualmente importante. Ora, nenhum dado sociológico, antropológico, psicológico ou histórico permite-nos afirmar que, no Brasil, o interesse pela saúde mental satisfaça esta exigência. Nas modernas comunidades brasileiras nem os valores são comuns, nem as representações que os indivíduos têm de suas necessidades psíquicas são homogêneas. Ambos dependem do lugar que cada indivíduo ocupa na escala de diferenciação social.

Uma comunidade de interesses não se define por uma mera circunscrição geográfico-administrativa. Ainda menos quando se trata de uma comunidade urbano-industrial, como no caso das médias e grandes cidades brasileiras. Neste

tipo de organização comunitária — a “Gessellschaft Community”, na terminologia de Tönnies — os laços de solidariedade social são extremamente frágeis. Por outro lado, as lideranças universais não existem, razão a mais para que o consenso e a participação coletiva em projetos de interesse comum seja automaticamente excluída do convívio social.

É assim que, neste universo sociocultural, os atos e a palavra do psiquiatra têm destinos tão diversos quanto a própria diversidade dos indivíduos a quem eles se dirigem. O psiquiatra aposta num poder fictício quando imagina que, com ou sem o auxílio de líderes comunitários, pode criar aspirações comuns e nivelar interesses contraditórios. Feliz ou infelizmente, o peso da liderança do psiquiatra é insuficiente para promover um consenso em torno do valor da saúde mental.

Quando os autores formulam seus projetos de psiquiatria comunitária operam com um conceito de comunidade inadequado à realidade brasileira. A comunidade “cooperativa” — “Gemeinschaft Community”, de Tönnies — é praticamente inexistente na moderna cidade brasileira. No universo urbano-industrial, ela representa apenas o resíduo necessário, gerado por este tipo de sistema produtivo. Os indivíduos que a compõem são aqueles que ainda não foram plenamente integrados à ordem social majoritária.

Pouco importa, aliás, que se considere esta comunidade como um fato permanente ou como um fato transitório na evolução do sistema industrial. O que nos interessa assinalar é que, enquanto ela existe, exibe um caráter de epifenômeno, cuja existência é sempre instável e rapidamente mutável. Se não no todo, pelo menos em parcelas consideráveis de sua constituição. A “Gemeinschaft Community” dos dias atuais constrói-se e destrói-se segundo as imposições do sistema social dominante.

Portanto, mesmo quando episodicamente estas comunidades aderem aos programas de psiquiatria preventiva, esta decisão é circunstancial e passível de mudanças bruscas. Isto basta para comprometer, a médio ou longo prazo, este tipo de programa.

Nenhum interesse constante pela saúde mental pode ser obtido destas comunidades, exceto aquele estabelecido oficial ou oficiosamente pelo sistema social global. E o modelo do interesse pela saúde mental, no Brasil, já está definido. Ele não precisa ser criado nem reinventado.

A saúde mental é um valor que depende do nível cultural e socioeconômico de cada um. Uma prova disto encontra-se no tipo de assistência psiquiátrica pedida

pelas pessoas. Os indivíduos pertencentes às camadas mais pobres dirigem-se às instituições públicas em busca de respostas medicamentosas para seus conflitos psíquicos. Os mais ricos apelam para a prática privada, procurando, de modo geral, tratamento psicoterápico-psicanalítico. Ambas as camadas, através do pagamento de contribuições compulsórias ou optativas, financiam o sistema de distribuição de serviços psiquiátricos que, por sua vez, organiza-se de acordo com o poder aquisitivo da clientela.

É este o protótipo do interesse pela saúde mental e do modo de participação comunitária do cidadão brasileiro, habitante das grandes e médias cidades. Não vemos, por conseguinte, como o psiquiatra poderia justapor a este sistema uma organização social que contrariasse a forma de solidariedade imposta ou exigida pela cultura dominante.

Como seria possível solicitar dos indivíduos um interesse pela saúde mental em total dissonância com o conjunto de seus interesses? Nas cidades brasileiras modernas, a norma social vigente é a competição e a luta pela elevação do *status* socioeconômico. Uma vez alcançado este objetivo, os indivíduos dificilmente vão retroagir culturalmente e aderir a formas de organização social sem nenhuma viabilidade prática. Mesmo que a psiquiatria sonhasse em instaurar o universo da “Gemeinschaft Community” na realidade urbana brasileira, ela seria incompetente para realizar esta tarefa. E, se não é este seu propósito, então os programas de psiquiatria aproximam-se ainda mais de utopias socialmente inexecutáveis.

Não se entende, portanto, a persistência destes tipos de projeto psiquiátrico, a menos que se recorra às suas origens.

A psiquiatria comunitária brasileira herdou, de sua congênere americana, o modelo de intervenção psiquiátrica de que procura fazer uso atualmente.

Este modelo, por sua vez, inspirou-se, claramente, nas fontes extrapsiquiátricas, que foram os programas de desenvolvimento comunitário. Nos Estados Unidos da década de 60, estes programas visaram prevenir a instabilidade social decorrente da marginalização de minorias segregadas, como os negros, os pobres, os “hippies”, os toxicômanos etc. Este acontecimento histórico-político deu origem a um pernicioso equívoco psiquiátrico. Inicialmente, os psiquiatras assimilaram o “desvio social”, produto da inadaptação política e econômica dos indivíduos, ao comportamento eventualmente desviante dos doentes mentais. Através de um “deslizamento conceitual” produzido sobre as noções de “adaptação-desadaptação”, confundiu-se “desvio social” com “doença mental” e passou-se a

acreditar que os métodos sociológicos de prevenção da divergência social poderiam tornar-se métodos de prevenção da doença mental.

Em seguida, generalizou-se a idéia de que todo modo de organização comunitária repetiria a organização social dos grupos segregados da sociedade norte-americana. O modelo transposto para o Brasil permaneceu até hoje insuficientemente criticado. Se aquelas comunidades funcionavam, efetivamente como “*Gemeinschaft Community*”, este não é o caso das comunidades urbanas brasileiras. Pelo menos a psiquiatria comunitária ainda não conseguiu demonstrar satisfatoriamente esta identidade. O *ethos* cultural brasileiro, bem como a força de discriminação racial e social no Brasil, são fundamentalmente diferentes de seus equivalentes norte-americanos. Em conseqüência, a suposta adesão dos indivíduos e os programas de psiquiatria comunitária são um pressuposto inconsistente, produto de inferências e extrapolações indevidas.

Todavia, mesmo que fosse possível demonstrar o caráter cooperativo da comunidade, a premissa de seu caráter “espontaneamente terapêutico” continuaria aberta a críticas.

Com efeito, se por “terapêutica” entende-se todo tipo de atuação sobre os indivíduos, cujos resultados correspondam àqueles obtidos pela prática psiquiátrica, cabe perguntar como a comunidade poderia exercer esta atuação. Do contrário, as formulações da psiquiatria comunitária, também neste nível, podem parecer gratuitas.

Senão, vejamos. Sempre que um indivíduo busca ajuda psiquiátrica é porque seus recursos espontâneos na luta contra o mal-estar psíquico entraram em falência. Em outros termos, sua maneira habitual de solucionar conflitos revelou-se impotente face a uma nova situação. Até aqui, o óbvio. No entanto, o que parece menos evidente na literatura sobre a psiquiatria comunitária é a noção de “modo habitual ou espontâneo” que os indivíduos têm de solucionar seus conflitos.

A psiquiatria comunitária afirma, implícita ou explicitamente, que os indivíduos podem “reforçar” seus meios de defesa naturais contra o sofrimento psíquico.

Nossa impressão é de que este ponto de vista vai de encontro às modernas noções da etnopsiquiatria e da sociologia das doenças mentais.

Em princípio, quando o indivíduo entra em falência psíquica, ele já empregou toda a bateria de racionalizações que seu status sociocultural lhe fornece. Por racionalização, entenda-se a possibilidade intelectual e emocional dos indivíduos

em tornar ego-sintônicas as manifestações sintomáticas geradoras de angústia. Não se veja neste uso do termo, o sentido estrito que lhe é dado pela psicanálise.

Enfim, este processo de metabolização egóica do elemento estranho ao sistema psíquico depende da versatilidade psicológica de cada um e da possibilidade que a cultura oferece ao elemento de ser “naturalizado”. Uma vez controlado psicologicamente e transformado em fenômeno “natural”, ou seja, integrado ao repertório manifesto e socializado de gestos, pensamentos e sentimentos da cultura, o sintoma perde seu caráter insólito e ansiogênico. Por conseguinte, a atuação “espontaneamente terapêutica” do meio cultural sobre o indivíduo é automática, imediata e absoluta para um certo tipo de cultura. Não há como elevar o “potencial terapêutico” de um grupo cultural, a menos que se mude o status social da pessoa ou o *ethos* cultural da sociedade.

Nenhuma dessas tarefas compete ao psiquiatra, enquanto profissional. O psiquiatra, quando recebe o pedido de auxílio por parte do paciente, torna-se depositário de uma expectativa terapêutica e não de um pedido de intervenção na ordem social. Sua função cultural é bem explícita. O recurso à psiquiatria tem lugar quando a intervenção de amigos, familiares, assim como todo o conjunto de prescrições, interdições e permissões da cultura foram utilizados até a saturação. Alcançado este ponto, a cultura designa outros instrumentos e outros agentes responsáveis pela intervenção terapêutica junto a quem sofre.

Só por um excesso de “etnocentrismo profissional”, o psiquiatra pode imaginar-se como um indivíduo que exerce uma função social que escape às contingências da cultura. Que esta função tenha um caráter histórico, determinado pela organização socioeconômica, isto é um outro problema. No momento, interessa-nos assinalar que a psiquiatria é um complemento acoplado aos recursos naturais da cultura. O psiquiatra tem seu “local terapêutico” determinado e singularizado da mesma maneira que pais, amigos, educadores, líderes, etc. A psiquiatria não é um mero prolongamento quantitativo da atividade terapêutica espontânea dos grupos sociais. Seu “setting”, seus métodos e efeitos são distintos daqueles existentes nas relações sociais em geral. Não se pode, por um simples ato de vontade ou planejamento psiquiátrico, inverter livremente funções construídas e fixadas por necessidades histórico-culturais. A função do psiquiatra é heterogênea ao sistema de relações sociais em geral, e vice-versa.

A partir destes dados, compreende-se mal a tentativa de adicionar às funções do meio sociocultural o apêndice funcional psiquiátrico. Estas funções são mutuamente

exclusivas. No mínimo, uma inibe a outra. A mais superficial observação antropológica obriga-nos a reconhecer que as culturas têm necessidade de investir, de modo bastante particularizado, a função dos que lidam com o sofrimento, dor e morte dos indivíduos. É no registro do curandeiro ou do “Shamam” que o psiquiatra se localiza.

A diferenciação cultural desta função, que embora mutável em seu *status* e em seu “instrumental técnico”, persiste através dos tempos, não é um acaso nem pode ser entendido como “insuficiência terapêutica” do meio sociocultural. Neste sentido, toda cultura foi, é e, provavelmente, será, insuficiente. São os próprios mecanismos de homeostase cultural que poupam aos indivíduos o exercício de uma determinada duplicação de suas funções sociais. Tornar os pais, amigos, líderes, educadores, etc. em “subpsiquiatras” é, culturalmente, tão inviável quanto tornar o psiquiatra “subpai” ou “subamigo”. Só uma extravagante imprecisão terminológica foi capaz de assimilar à função de compensação psíquica que o meio cultural pode exercer a função específica da psiquiatria.

O meio cultural é primordialmente normativo, do ponto de vista social, e só secundariamente normativo do ponto de vista individual. A psiquiatria, pelo contrário, é, e deve ser, apenas individualmente normativa. Pelo menos se a considerarmos nos seus fundamentos éticos e racionais. Os aspectos adaptativos da função psiquiátrica são uma carga imposta à organização institucional da psiquiatria. Pouco importa que elas sejam uma decorrência inevitável de inserção necessária do psiquiatra em uma determinada organização social. De qualquer forma, a função de mandatário da ordem social exigida do psiquiatra é uma dimensão que ultrapassa o núcleo racional de sua tarefa terapêutica.

E é justamente este aspecto que deve caracterizar a assistência psiquiátrica: sua desvinculação do núcleo normativo e disciplinador da sociedade. E isto, que lhe confere um estatuto cultural específico, tem que ser preservado. Do contrário, a psiquiatria pode vir a diluir-se em meio a outros mecanismos de coerção do comportamento, que invalida sua proposta terapêutica fundamental.

Portanto, em função de sua especificidade cultural, o psiquiatra age sobre os indivíduos com uma relativa isenção emocional quanto aos valores que determinam o modo de ser social corrente em dada sociedade. A família ou o meio social, em geral, atuam necessariamente no sentido oposto. A assistência “terapêutica” que uma dessas instâncias pode dar a um de seus membros mentalmente comprometido orienta-se por outros princípios.

O meio sociocultural busca recuperar o indivíduo, tendo em vista as “performances” sociais que lhe são exigidas. A família, por exemplo, é encarregada de transmitir valores culturais que visam, em última análise, uma resposta adequada ao sistema de valores da sociedade. Os pais não podem ser “neutros” diante dos eventuais desvios culturais dos filhos. A menos, evidentemente, que tais desvios correspondam às suas próprias aspirações. Ainda assim, o essencial neste tipo de assistência é a orientação socialmente valorativa que julga e interfere no comportamento do indivíduo desviante. E não poderia ser diferente. Os mecanismos de transmissão cultural e a própria subsistência da cultura assim o exigem. Não se pode pedir aos pais que adotem uma conduta terapêutica, no sentido psiquiátrico da palavra, com relação aos filhos, sob pena de perturbar profundamente o influxo afetivo natural que atravessa este tipo de relação. Uma família asséptica, do ponto de vista emocional e dos valores sociais, é uma aberração cultural. Não importa, no momento, considerarmos se estas famílias possuem problemas psíquicos ou valores sociais inadequados à saúde mental de seus membros. Esta é uma outra questão. Se a família é, ela própria, descompensada psiquicamente, tanto mais razão teremos em não exigir dela um esforço terapêutico suplementar. Se seus valores sociais são julgados “errados” pelo psiquiatra, este é um problema que foge à esfera da psiquiatria.

O importante a notar é que se uma família é bem constituída psicologicamente, não se sabe bem como ela poderia ampliar sua função terapêutica. Esta família já fez o que poderia ser feito. A família, enquanto entidade cultural, está submetida aos mecanismos de homeostase, reequilíbrio e compensações culturais. Portanto, já agiu dentro dos limites de sua possibilidade.

É possível que estes mecanismos naturais sejam tão ou mais eficientes que a própria intervenção psiquiátrica. Também é possível que a organização sociocultural, por suas características, seja incapaz de fornecer aos seus membros os instrumentos necessários ao desenvolvimento e preservação da saúde mental.

Nem uma nem outra dessas eventualidades legitima o pressuposto de que a psiquiatria pode ou deve dinamizar o “potencial terapêutico” intrínseco ao meio sociocultural.

Se a psiquiatria comunitária justifica seu modo de atuação apoiado no hipotético caráter “cooperativo” e “terapêutico” da comunidade, sua legitimidade permanece exposta a críticas.

Uma comunidade “cooperativa” é mais um desejo do psiquiatra que uma realidade dos indivíduos. Uma comunidade “terapêutica” é mais um abuso teórico e terminológico que uma realidade manipulável pela psiquiatria.

Conclusões

1) Não se trata de ser contra ou favor da Psiquiatria Comunitária. Colocar esta questão, com esta alternativa, corresponde, certamente, a uma grande ingenuidade a propósito dos processos sócio-históricos em curso, que engendram uma reformulação em profundidade de todo o subsistema de saúde, do qual a psiquiatria corresponde a um de seus setores.

As mudanças demandadas do sistema de assistência psiquiátrica é uma realidade que não pode ser apagada. O espaço da Medicina Mental instalou-se e é dentro dele que temos que nos movimentar, procurando tornar coerente a prática psiquiátrica com os seus pressupostos teóricos.

2) Sendo assim, procuramos nos movimentar no interior deste novo espaço, com toda a cautela, precisando os termos e os conceitos.

É preciso, de início, estabelecer um corte separando duas superfícies que procuram habitualmente ser confundidas e mesmo misturadas na denominada Psiquiatria Comunitária. Devemos distinguir:

- a) o seu pretenso sistema teórico;
- b) as questões assistenciais que levantam.

3) A Psiquiatria Comunitária não é um sistema teórico propriamente dito, como é o caso de outras teorias psiquiátricas. Mesmo que ela tenha em alguns de seus teóricos esta pretensão. O ponto nuclear de sua tentativa de inovação gira em torno do “conceito” de prevenção primária, e este não tem absolutamente qualquer suporte em qualquer das teorias psicopatológicas existentes, sejam estas psicanalíticas, psicológicas ou organicistas.

A prevenção primária das enfermidades mentais, contrariamente ao que ocorre em alguns setores da Medicina Clínica, é nada mais do que uma palavra vazia.

4) No seu outro aspecto, ou seja, na sua tentativa de criar novas formas de assistência psiquiátricas, precisamos discernir vários níveis, passíveis de críticas diversas, de acordo com a coerência das propostas. Podemos assim distinguir:

a) Tentativa de se sobrepor, e mesmo parasitar, formas existentes das relações socioculturais entre as individualidades.

Invadir a “Comunidade”, investindo o conjunto de seus funcionários e habitantes como “agentes de Saúde Mental”, é uma tarefa ambígua, e não apenas a “Comunidade” não é uma totalidade homogênea nos seus anseios, como se pretende fazer crer com esta terminologia, mas também porque, ou a doença mental é um objeto delimitado a ser cientificamente por quem tem acesso a sua armadura conceitual, ou procuraremos sua pulverização, ao investirmos todos nas funções de terapeutas, reais ou virtuais. E, nesta última alternativa, é preciso que nos interroguemos radicalmente se tem algum sentido a continuidade destas práticas especializadas, já que fragmentadas na sua razão íntima de ser. Se não é o caso, deve-se colocar um obstáculo ativo a este movimento de psiquiatrização maciça da população, liderado pelos “técnicos de Saúde Mental”.

Na medida em que a realização de práticas de prevenção primária nos parece um sonho sem qualquer base real, esta invasão das relações socioculturais estabelecidas não tem qualquer balizamento: só teria, caso esta forma de prevenção se mostrasse uma verdade, o que não é o caso;

b) O segundo nível a ser destacado é a necessidade de racionalização dos serviços de saúde mental. A Psiquiatria Comunitária, aqui, corresponde a um movimento para uma melhor distribuição dos recursos materiais e humanos e uma busca de planejamento do sistema assistencial.

Este nos parece o melhor aspecto da Psiquiatria Comunitária, isto é, o que visa uma melhor utilização dos serviços na área de saúde mental. Por isto, a entendemos como uma crítica ao monopólio da loucura, realizada pelos hospitais privados sustentados pela Previdência Social, que levam à má utilização do conjunto de recursos, à cronificação dos pacientes pelo tempo indeterminado de internação.

5) As nossas propostas e conclusões podem então se delinear de modo claro, dando ao item b do ponto 4 toda a sua ênfase necessária.

O advento e a implantação de uma nova política de Saúde Mental deve visar uma melhor administração dos recursos, um planejamento adequado das necessidades de atenção psiquiátrica, fundada nas seguintes linhas de trabalho:

a) Setorização de assistência psiquiátrica, havendo hospitais e ambulatórios como centros de referência de uma região, bairro ou região administrativa. Isto traz

como vantagens que o paciente seja atendido perto de sua residência, o que facilita sua mobilidade, e mesmo do ponto de vista financeiro;

b) Esta setorização deve ser feita aliada à Previdência Social, pois não só tem virtualmente como clientela o conjunto da população, como impede a duplicação de recursos.

A Previdência Social deveria associar-se nesta empresa com Universidades, Hospitais e Ambulatórios Públicos, e mesmo criar novos serviços ligados à sua administração;

c) No nível de cada setor deve-se estimular a melhoria dos hospitais, com o objetivo de efetivar um rápido tratamento dos pacientes e possibilitar a criação de ambulatórios ligados aos hospitais, visando a continuidade dos cuidados.

Mas o grande estímulo deve ser dado à criação de ambulatórios que permitam um tratamento adequado dos pacientes, não só do ponto de vista farmacológico, mas psicoterápico.

Deve-se articular o funcionamento dos ambulatórios com os hospitais, a fim de que haja uma ligação entre a internação e o seguimento posterior do paciente. Deste modo, o paciente é tratado sempre pela mesma equipe em ambos os contextos.

d) Num programa global deste tipo, as Universidades têm um papel fundamental. Devem ser os locais avançados na criação, elaboração e execução destes programas, a fim de que possam formar os psiquiatras, psicólogos e demais elementos da equipe psiquiátrica.

A Universidade é o local da produção e reprodução do Saber, mas deve formar também os técnicos adequados para o atendimento da população. Já era o tempo em que a Universidade deveria formar letrados, bacharéis, médicos e psicólogos voltados para a clínica privada. As nossas necessidades são outras, e, sem cair na ingenuidade de psiquiatrizar a “Comunidade” com o véu de boas intenções sociais, deve-se, isto sim, fornecer tratamentos decentes à massa de pessoas necessitadas.

Referências Bibliográficas

A Psiquiatria Social englobaria três campos teóricos bem delimitados, de acordo com seus objetos e seus métodos respectivos: 1º – Psiquiatria Social propriamente dita (Método Clínico); 2º – Sociologia das Doenças Mentais (Método Estatístico) e 3º – Etnopsiquiatria (Método do “Cross Cultural”). A este respeito consultar BASTIDE, Sociologia das Doenças Mentais, Companhia Editora Nacional, S. Paulo, 1967.

BONNAFÉ, L. “Le milieu hospitalier du point de vue psychothérapique”, *La Raison*, 1957, nº 18, pág. 28.

FOUCAULT, M. Curso realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1974, 1ª Conferência, pág. 1, mimeografado, Rio de Janeiro.

SIMON, H. *Une Thérapeutique Plus Active L'Hôpital Psychiatrique*, Ed. W. de Gruyter, Berlim, 1929 (tradução francesa do Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, 1955).

—, Op. cit.

SULLIVAN, H. S. “Socio-Psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene”, *American Journal of Psychiatry*, 1931, 10, págs. 977-991.

MENNINGER, W. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 1937.

BION, W. *Experiências com Grupos*, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1970.

—, Op. cit.

RACAMIER, P.C. *Le Psychanalyste Sans Divan*, Ed. Payot, Paris, 1970.

STANTON, A. N.; SCHWARTZ, M.S. *The Mental Hospital*, New York, Basic Books, 1954.

COMISSÃO DE ENFERMIDADE E SAÚDE MENTAL DO CONGRESSO DOS EUA, 1961, pág. 303, citado por G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, Ed. Paidós, B. Aires, 1966, pág. 23.

Discurso do Presidente Kennedy, 1963, pág. 02, citado por G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, op. cit., pág. 21.

CLARK, E. G.; LEAVELL, R.H. Levels of Application of Preventive Medicine. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, MC Graw Hill, Inc., N. York, 1965.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, pág. 35, op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

—, Op. cit.

HERSCH, CH., *The Discontent Explosion in Mental Health*, *American Psychology*, 1968, 23.

—, Op. cit.

Asilos, alienados e alienistas

*Pequena história da psiquiatria no brasil*¹

Paulo Amarante

Introdução

A leitura de “O Alienista”, de Machado de Assis, merece de nossa parte bem mais que uma justa admiração. É uma obra que requer um estudo profundo, pois se trata de um retrato vivo e perspicaz do processo de psiquiatrização e patologização do louco no Brasil, em meados do século XIX. No conto, Simão Bacamarte, ao voltar da Europa, com o entusiasmo e a euforia que são características de todos os alienistas, procura levar a cabo a missão que tem para com a humanidade.

Após conquistar o apoio da Câmara Municipal, edifica sua Casa Verde, o que lhe possibilita reunir num mesmo espaço todos os supostos loucos de Itaguaí para, em seguida, pesquisar o que vem a ser a enfermidade mental. Parte, enfim, para a ambição maior que é a de conhecer a loucura para sobre ela intervir com certeza e convicção. A loucura, entretanto, não se deixa desvendar. Seria o alienista o alienado? interroga, perplexo, o povo de Itaguaí.

¹ Este artigo foi retomado de uma antiga idéia, publicada em *A Saúde no Brasil*, Ministério da Saúde, vol. I, nº3, jul/set., DF, 1983, p. 149-152.

História da psiquiatria = história do asilamento

Este artigo não pretende reconstruir a história da psiquiatria brasileira, mas apenas levantar algumas questões, algumas indicações que forneçam subsídios para se pensar esta mesma história. Tais questões têm como traço de união o fato de resgatarem as condições de possibilidades sociais e políticas que abrem espaço para o nascimento de uma psiquiatria e de suas subseqüentes etapas de desenvolvimento.

O estudo das práticas e dos discursos da psiquiatria decorre de uma preocupação com a análise e o questionamento das articulações historicamente existentes entre instituições sociais específicas e o universo das relações sociais.

A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. A ordem psiquiátrica, como veremos, é oferecida como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Mesmo tratando, ou procurando tratar, pela via médica, o que lhe é alheio ou que não lhe é exclusivo, como desejam alguns. Mesmo procurando disciplinar o que foi demonstrado, historicamente, no ser uma questão de disciplina.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado.² As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira.

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento.

2 Sobre o nascimento da psiquiatria no Brasil, ver Machado, Roberto; Loureiro, Angela; Luz, Rogério; Muricy, Kátia. *Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Graal, RJ, 1978.

O relator da Comissão, Dr. Cruz Jobim, profere a palavra de ordem que reivindica para a medicina o delegatário sobre a loucura, escrevendo desta forma o destino da psiquiatria brasileira: um hospício para os loucos!

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental.

No Hospício de Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, em 1852, os poucos pensionistas particulares têm boas instalações, inclusive um quarto mobiliado, com conforto, além de um criado à sua inteira disposição. Mas o quadro geral é bem diferente!

A crítica ao hospício e a criação das colônias

Da criação do Hospício de Pedro II até a Proclamação da República, os médicos não poupam críticas ao hospício, excluídos que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico. Reivindicam o poder institucional que se encontra nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja, com a ativa participação da Irmandade de São Vicente, pertencentes aos setores mais conservadores do Clero.

Em sua grande maioria, os alienistas compartilham dos ideais positivistas e republicanos e aspiram ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública, da qual a medicina mental carece, devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício de Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento.

Proclamada a República, a psiquiatria busca modernizar-se. Em primeiro lugar porque o asilo, nos moldes arcaicos do Pedro II, assemelha-se demais às instituições despóticas, filhas autênticas do absolutismo político, o que a faz destoar do ideário liberal veiculado nos meios republicanos. Em segundo lugar, porque,

sob a égide de uma nova ordem social que então se constitui, a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado pelos muros do asilo.

Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas situam-se na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio.

Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências européias que, por sua vez, são baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a Padroeira dos Insanos.³ A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.

João Carlos Teixeira Brandão, que é o primeiro diretor tanto da Assistência Médico-Legal aos Alienados quanto do Hospício Nacional de Alienados, caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos. Cria, ainda, a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina (que é também a primeira cadeira de clínica especializada), assim como a primeira escola de enfermagem, sistematizando assim a formação de profissionais para a especialidade.

Enfim, o período que conclui-se em 1920 constitui uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria em que se destaca a ampliação do espaço asilar. Neste período, no Rio de Janeiro é criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911),

3 A este respeito ver AMARANTE, PAULO. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*.

para mulheres indigentes, e em 1920⁴ são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá (para onde serão transferidos os internos de São Bento e Conde de Mesquita, que devem ser extintas) e as obras do Manicômio Judiciário.

Todo este processo iniciado por Teixeira Brando encontrará em seu sucessor, Juliano Moreira, um continuador competente e obstinado, mas com uma vertente teórica muito mais peculiar e inovadora.

De Juliano Moreira à Liga Brasileira de Higiene Mental

Ao retornar de viagem de estudos à Europa, Juliano Moreira é designado em 1903 para a dirigir a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Com ele tem continuidade a criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. Essa legitimação dá um passo importante com promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados.

Juliano Moreira ocupa esta direção por 27 anos, até 1930, quando é destituído pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas. Por sua obra prática e teórica, passa a ser conhecido como o Mestre da Psiquiatria brasileira. Moreira traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que toma o lugar dominante até então ocupado pela escola francesa, vinda na bagagem de Teixeira Brandão.

A vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã tem um importante significado quanto à discussão etiológica das doenças mentais. O biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais.

4 É bastante interessante o discurso pronunciado pelo Dr. Rodrigues Caldas, então diretor das Colônias da Ilha e primeiro diretor da Colônia de Jacarepaguá. Eis um trecho do discurso, quando solicita ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, a remodelação das normas assistenciais, com a “promulgação de uma nova legislação na qual serão resolvidos delicados problemas atuais de higiene e defesa social pertinentes aos deveres do Estado para com os tarados e desvalidos de fortuna, do espírito ou do caráter, para com os mendicantes ociosos e errabundos, para com os ébrios, loucos e menores retardados, ou delinquentes ou abandonados, assim como para os indesejáveis inimigos da ordem e do bem público, alucinados pelo delírio vermelho e fanático das sanguinárias e perigosíssimas doutrinas anarquistas ou comunistas, do maximalismo ou bolchevismo. Caldas, Rodrigues. “Discurso Pronunciado no Lançamento da Pedra Fundamental das Novas Construções da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, em 29 de maio de 1920”. In *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano II, nº 2, 1920, RJ.

Em 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental, com a qual se cristaliza o movimento da higiene mental. A carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas.⁵

Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção.

A psiquiatria não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender a recuperação de “raças”, a pretender a constituição de coletividades sadias. Com o movimento da eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade.

A era dos choques e a psiquiatria comunitária

Nos anos 30, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia, ou o descabido empirismo.

A psiquiatria torna-se mais poderosa, e o asilamento mais freqüente. Em meados da década de 40, o Hospício Nacional de Alienados é transferido da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde conta com novas instalações, das quais destacam-se a ampliação de vagas e os modernos centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias.

Na década de 50, fortalece-se este processo de psiquiatrização, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos. Embora tenham sua importante parcela de contribuição, cumpre lembrar que as mais importantes inovações no campo das reformas psiquiátricas, a exemplo das comunidades terapêuticas, das experiências

⁵ A respeito da Liga, ver Costa, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico*. Campus, RJ, 3ª ed., 1981.

de *non-restraint*, ou ainda de *open door*, foram realizadas antes mesmos do advento dos psicotrópicos. Por outro lado, cumpre observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis.

E, a bem da verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização.

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, surgem também variadas experiências de reformas psiquiátricas, dentre as quais destacam-se as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, de psiquiatria de setor, de psiquiatria preventiva e comunitária, de antipsiquiatria, de psiquiatria democrática, para ficar apenas nas mais importantes. Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate.

Muito deste insucesso deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde.

A privatização na psiquiatria

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos

grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar.

As propostas mais inovadoras, ou pelo menos aquelas que buscam uma alternativa não manicomial, mesmo partindo de organismos oficiais, como é o caso dos planos de psiquiatria preventiva e comunitária, e de comunidades terapêuticas, a exemplo do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), além de outras propostas de atenção primária, encontram dificuldades sérias, seja por não enfrentarem adequadamente a idéia da superação dos asilos, seja pela barreira de resistências levantada pelos empresários e suas representações no aparelho de Estado.

Este modelo privatizante (em todo o setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80.

Esta crise leva o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado, ao lado de medidas que visam reorganizar o setor público para ocupar uma parcela da assistência pública até então delegada aos serviços comprados. Assim, é implantado o processo de Co-Gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e é também criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), este último responsável pela elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica, que fica conhecido como o “plano do CONASP”. No decorrer deste processo, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS), cujos princípios mais importantes são inscritos na Constituição de 1988, ainda em vigor.

Deste último momento, destacam-se as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processo este que está em curso, com as idas e vindas próprias da construção da democracia. Um outro aspecto merece atenção especial: a definição de financiamento do setor público de saúde. Dentre as conseqüências mais importantes desta definição está o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários que têm espaço, possibilidades e condições de criação e invenção da assistência no serviço público, o que até então não vinha ocorrendo.

Os novos tempos da desinstitucionalização

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.

Neste contexto, surge o projeto de lei 3657/89 que, ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica.

Bibliografia e sugestões de leitura

- AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, RJ, 1982.
- ANDRADE, Márcia Schmidt. *Democratização no Hospital Psiquiátrico - Um Estudo da Colônia Juliano Moreira dos Anos 80*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1992.
- BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso de Moralidade*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura*. Dissertação de mestrado. Museu Nacional / UFRJ, 1988.
- CEBES/Comissão de Saúde Mental. "Condições de Assistência ao Doente Mental". *Revista Saúde em Debate*, nº 10, Rio de Janeiro, abr-jun. 1980, p. 49-55.
- CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Livraria Ateneu, RJ, SP, 1984.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil - Um Corte Ideológico*. Xenon, 4a. ed., RJ, 1989.
- COSTA, Jurandir Freire. Primeira edição pela Documentário, 1976.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Ed. Graal, 1979, RJ.
- DELGADO, Paulo. "Projeto de Lei 3.657, de 1989". Câmara dos Deputados, Brasília, 1989, mimeo.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida Nervosa das Classes Trabalhadoras Urbanas*. RJ, Zahar, 1986.
- FAGUNDES, Sandra. "Saúde Mental Coletiva: A Construção no Rio Grande do Sul".
- BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. *Psiquiatria Sem Hospício - Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992, p. 57-68.
- FREITAS, Josicelli. "Experiência de modelo alternativo de assistência psiquiátrica extra-hospitalar". Mesa redonda: "Assistência psiquiátrica no DF". *Revista Psiquiátrica de Brasília*. No4, Brasília, ago/dez/1981, p. 19-23.
- GERALDES, Paulo Cesar. *A Saúde Coletiva de todos "os" nós*. Revinter, Rio de Janeiro, 1992.
- IBASE. "Seminário: A Saúde Mental no Brasil - Programa". IBASE, Rio de Janeiro, 1981.
- LANCETTI, Antonio. "A Modo de Posfácio". *Saúde Mental e Cidadania*. Mandacaru/Ple-nário dos Trabalhadores em Saúde Mental - SP, São Paulo, 1990, 2a ed., p. 85-93.
- LANCMAN, Selma. *A Loucura do Outro: O Juqueri no Discurso dos seus Protagonistas*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, Salvador, 1988.
- LANCMAN, Selma; HEGENBERG, Mauro. *A História do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo*. mimeo, São Paulo, 19 p., s/d.
- LOUGON, Maurício. *Os Caminhos da Mudança - Alienados, Alienistas e a Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica Pública*. Tese de Mestrado em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 1987.
- MACEDO, Maurício Roberto Campelo de. *Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1981.

MACHADO, Roberto. et. al. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

MARTELLI, D. *Psiquiatria e Controle Social*. Vozes, Petrópolis, 1983.

MEDEIROS, Tácito Augusto. "Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil". Tese de Mestrado - Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro, 1977.

MELLO, Carlos Gentile de. *O Sistema de Saúde em Crise*. CEBES/HUCITEC, SP, 1981.

MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. CEBES/HUCITEC, 1977, SP.

MOREIRA, Diva. *Psiquiatria - Controle e Repressão Social*. Vozes, 1983.

MOVIMENTO DOS Trabalhadores em Saúde Mental (1987): "O Manifesto de Bauru". *Jornal do Psicólogo*, ano 7, no 21, São Paulo, p. 04.

MOVIMENTO DOS Trabalhadores Em Saúde Mental Da Rede Pública. *Saúde Mental da Rede Pública - Uma Proposta de Organização dos Trabalhadores*. Rio de Janeiro, 1987.

MOVIMENTO DOS Trabalhadores em Saúde Mental. "Relatório Final do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental". mimeo, São Paulo, 1979.

OLIVEIRA, Jaime Araújo; TEIXEIRA, Sônia Fleury. *(Im)Previdência Social: 60 Anos da História da Previdência no Brasil*. Vozes/ABRASCO, Petrópolis, 1985.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros. "Loucura - A 'Saída' para o Excluído - Análise das Representações sobre a Doença Mental em uma Instituição Psiquiátrica". Dissertação de Mestrado em Serviço Social, UFPB, João Pessoa, 1990.

PITTA, Ana. "Sobre uma Política de Saúde Mental". USP, Tese de Mestrado. SP, 1984.

PORTOCARRERO, Vera Maria. "Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria". Tese de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1980.

PORTOCARRERO, Vera Maria. "O Dispositivo da Saúde Mental: Uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira". Tese de Doutorado, IFCs, Rio de Janeiro, 1990.

POSSAS, Cristina A. *Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social*. Graal, Rio de Janeiro, 1981.

RESENDE, Heitor. "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica". TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R., et al. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1987, p. 15-73.

SAMPAIO, Jackson José Coelho. "Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis". Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social/UERJ, RJ, 1988.

SANTANA, Sérgio Figueiredo. "A Situação da Assistência Psiquiátrica no Brasil - Um Estudo das Distorções Detectadas nos Diversos Setores Envolvidos nas Prestações Assistenciais Psiquiátricas." mimeo, Salvador, 1978.

SCHECHTMAN, Alfredo. "Psiquiatria e Infância: Um Estudo Histórico sobre o Desenvolvimento da Psiquiatria Infantil no Brasil". Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social/UERJ, RJ, 1981.

SILVA FILHO, João Ferreira. "O Sistema de Saúde e Assistência Psiquiátrica". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, vol. 34, no 3, p. 135-146, 1990.

SOARES, Simone Simões Ferreira. "Enlouquecer para Sobreviver: Manipulação de uma Identidade Estigmatizada como Estratégia de Sobrevivência". Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, UNB, Brasília, DF, 1980.

SOUZA, Maria Cristina Gueiros. “‘Doença dos Nervos’: Uma Estratégia de Sobrevivência”. *A Saúde no Brasil*, MS, vol. 1, nº 3, Brasília, jul-set., 1983, p. 130-139.

TUNDIS, S. A. “Psiquiatria Preventiva: Racionalização e Racionalidade”. FIOCRUZ/ENSP, Tese de Mestrado, RJ, 1985.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R., et al. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1987.

URQUIZA, Lygia Maria de França Pereira. “Um Tratamento para a Loucura: Contribuição à História da Emergência da Prática Psiquiátrica no Estado de São Paulo”. Dissertação de Mestrado, FCM/UEC, Campinas, 1991.

VAISSMAN, Magda. “Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: Análise da Política de Saúde Mental nos anos 70”. Tese de Mestrado. Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro, 1983.

A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental

Ontem, hoje, alternativas e possibilidades

Madel Therezinha Luz¹

Falar sobre “a política de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades, como história de uma marginalização”, é falar sobre a história da loucura, por um lado, e, por outro, sobre a história do saber e das práticas que o Estado constitui sobre o louco, criando, como objetivo de estudo, o espaço de observação de um novo ser patológico, nova doença, que é a loucura. Além disso, é falar sobre as reações a este saber e práticas científicas, reações institucionais ou não — ao menos é assim que entendo aqui o termo “alternativas” — e também sobre as possibilidades dessas alternativas. Não se pode dizer que seja pouco. Na impossibilidade objetiva de se fazer uma análise profunda em tão grande amplitude temática, sou praticamente obrigada a escolher entre duas alternativas: oferecer uma visão panorâmica da história da loucura e do saber psiquiátrico na nossa sociedade, e, então correr o sério risco da superficialidade, ou uma visão aprofundada de pequena conjuntura que inclua todos os temas sugeridos pelo título, ficando-se, entretanto, neste caso, restritos a uma certa dimensão da história, sem possibilidade de inferir tendências ou de definir *estruturalmente* a política de saúde mental no Brasil.

¹ Socióloga, Professora do Instituto de Medicina Social da UERJ. Texto escrito em 1980.

Opto pela tentativa intermediária, de empreender uma análise histórica estrutural, sem perder de vista a profundidade da análise histórica conjuntural, tarefa certamente mais arriscada que as outras duas opções.

Antes de tentar esta tarefa, entretanto, gostaria de tornar claros alguns conceitos e algumas noções que poderão evitar ambigüidades e interpretações inexatas.

A primeira delas se relaciona com a expressão “política de saúde mental”. Entendo que o elaborador, emissor e interlocutor das políticas de saúde, em qualquer momento conjuntural em que tenda a se manifestar historicamente, no Brasil, foi e é o Estado.

Entenderei, portanto, nestas notas, políticas de saúde como o conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar. Em termos mais claros: a maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras. Empregamos a expressão *classes*, assim no plural, para especificar que há mais de uma classe, às vezes com interesses sociais diversos, que vivem apenas de seu trabalho: camponeses, operários agrícolas, operários urbanos, comerciários, todos vivendo sob as mesmas relações sociais, delas sofrendo os mesmos efeitos, embora pertençam a diferentes segmentos sociais dos trabalhadores.

Para evitar controvérsias acadêmicas, deixemos claro que o interesse aqui é mostrar como esse conjunto social é majoritário, por um lado, e como, por outro, a população não é um conjunto homogêneo, uma “comunidade”, mas um composto social diversificado de classes e camadas sociais, em que as necessidades e os interesses econômicos, políticos e sociais são diversos. Assim vai-se tornando nítida a importância que tem para a própria sobrevivência da sociedade a forma política como o Estado trata as condições de vida da população, de sua Saúde.

Desde já devo esclarecer que não separarei tais condições da forma como se dá a produção e a apropriação sociais da riqueza na sociedade. Ou, se quisermos empregar a expressão em moda, da forma de produção e de *distribuição* da riqueza social.

Desta forma, as políticas de Saúde do Estado podem ter formas tanto de inclusão como de exclusão de classes, de marginalização da apropriação social da riqueza, produzida por estes grandes contingentes populacionais.

Ousaria afirmar, desde já, que, neste sentido, historicamente, as políticas de saúde — e as políticas de saúde mental mais que as outras — que as de atenção

médica, de saúde pública, de nutrição, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade. Isto é, têm sido formas políticas de marginalização.

Por outro lado, convém definir aqui o que entendo neste momento por Estado. Embora se saiba que, no sentido mais amplo, Estado é o conjunto das instituições vigentes e dominantes em uma sociedade, incluindo desde a família, a sexualidade, a educação, até os tribunais e as forças armadas de uma nação, neste momento, podemos definir o Estado no seu sentido mais restrito, isto é, no sentido do conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Estes aparelhos incluem tanto a escola, o hospital, como o cárcere, a política, a lei, a norma — forma do discurso institucional — e os Ministérios.

Todos eles têm seu papel na produção, na reprodução, na divulgação, na inculcação e na assimilação das políticas de saúde e, evidentemente, das políticas de saúde mental. Isto acontece tanto na sociedade brasileira como nas demais sociedades existentes e que se desenvolveram a partir do modo capitalista de produção. Estou, portanto, incluindo aqui as sociedades ditas atualmente socialistas.

Na sociedade brasileira, especificamente, o Estado começa a manifestar, sob a forma de discurso normativo, sua preocupação com a saúde coletiva brasileira, desde a segunda metade do século XIX. Estão aí, já publicados, os estudos de Roberto Machado, Joel Birman, Jurandir Freire Costa, para citar somente os pesquisadores do Instituto de Medicina Social, que comprovam e analisam esta preocupação.²

Nesta conferência baseio-me nos estudos desses três pesquisadores e também nos meus próprios; tanto da pesquisa já encerrada e publicada sobre as “Instituições Médicas no Brasil”, como a que está em fase de relatório final sobre a história do modelo médico de saúde pública” e as instituições que o produziram e reproduziram na sociedade brasileira. Além disso, análises sobre a estrutura do hospital psiquiátrico e do ambulatório de psiquiatria informaram algumas das afirmações que farei aqui.

Uma terceira definição que gostaria de tornar clara relaciona-se com o problema das instituições de saúde mental. Quero deixar claro que não pretendo

2 Sobre a psiquiatria, ver os trabalhos: Machado, R. e cols. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, Graal, Rio, 1978; Birman, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*, Graal, Rio, 1978; Freire Costa, J. *Ordem Médica e Norma Familiar*, Graal, Rio, 1979; Freire Costa, J. *História da Psiquiatria no Brasil*, Documentário, Rio, 1976.

confinar as instituições que manipulam a loucura ao espaço da psiquiatria do hospital ou do asilo psiquiátrico. É preciso ver lucidamente que, se na história das instituições que organizam, disciplinam e tentam reformar o comportamento do louco, o asilo psiquiátrico, com seu tratamento moral, é o primeiro a estabelecer um conjunto de práticas e a estabelecer um conhecimento, um saber científico sobre a loucura, outros espaços institucionais — inclusive o consultório com seu divã — e outros discursos teóricos foram organizados sobre o mesmo objetivo. Desta forma, quero esclarecer que a loucura não está contida em um aparelho específico de Estado, como o asilo, ou que os saberes que se elaboraram sobre ela só se destinem aos loucos.

Longe disto: as políticas da loucura são antes de tudo políticas de SAÚDE MENTAL. Se a expressão saúde mental só é incorporada ao discurso oficial nos anos 60 deste século, numa clara intenção preventivista,³ a preocupação de que o discurso sobre a loucura funcione como marco normatizador sobre o comportamento e as atitudes das pessoas “normais” é muito anterior. Se o espaço institucional psiquiátrico, o hospital, é um espaço de “exclusão social da loucura”, um espaço que permanece “secularmente asilar”, os saberes que sobre ele se constroem, e digo os saberes, no plural, porque mencionaria ao menos três disciplinas que o tomam como tema de discurso: a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia (para não mencionar o florescente e impreciso campo da medicina psicossomática), são antes de tudo destinados a administrar e a prever a loucura antes que ela apareça socialmente. São formas de determinação e organização do espaço psíquico dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade: enquanto cidadãos.

Desta forma, para compreender as políticas de saúde mental é preciso ter claro que elas mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, com uma evolução histórica específica, e que tanto esses saberes, quanto as práticas de intervenção institucional que eles originam não são monolíticos nem coerentes. Ao contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Daí resultam muitas contradições entre discurso — entendido como planos, programas, norma — e prática institucional.

Além disto, e aqui introduzo uma última distinção necessária, é preciso ter presente que, se essas instituições articulam saberes e práticas específicas, elas

3 Ver a este propósito, de Birman, J.: “Política de Saúde Mental e Prática Psiquiátrica”, conferência pronunciada em Salvador em 27.07.79, no Seminário sobre “A prática psiquiátrica: possibilidades e limites”, organizado pela Associação psiquiátrica da Bahia, de 25 a 28 de julho de 1979.

supõem um elemento sintetizador específico, sem o qual nenhum plano, nenhuma norma, nenhum conhecimento seria ativado, “posto em ação”. Este elemento sintetizador é o agente institucional que concentra em sua cabeça e em sua atividade o desempenho das práticas, como delegado da instituição. Estou me referindo ao psiquiatra, ao psicanalista, ao psicólogo, ao médico.

Uma visão da história da loucura — e de sua marginalização — que pretenda ser a história das instituições que tematizam e criam um espaço de exclusão e de administração do louco e do suspeito de loucura — não importando se em dado momento todos possam ser suspeitos ou se só um pequeno número de indivíduos deva ser investigado — tem necessariamente que levar em consideração esses quatro elementos fundamentais de definição.

Daí decorre, em primeiro lugar, que a loucura não é um ser puramente biológico — na dimensão psíquica do biológico, nem sociológico, produto do meio social.

Ela é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica.

Em segundo lugar, vê-se que a criação do espaço institucional para o louco, preocupação do Estado brasileiro desde o século XIX, é basicamente a criação de um espaço político do desvio; desvio do comportamento, depois da atitude, do desejo, e até da fantasia. Não se trata, portanto, de um espaço puramente negativo. Trata-se de um espaço positivo da psiquê, na medida em que estabelece as margens do seu correto desenrolar-se.

No entanto, esse espaço positivo, inclusivo, definitório, é espaço de marginalização.

Como é possível este paradoxo? Como se decifra o enigma desta aparente contradição: algo que inclui para excluir e marginaliza incluindo?

A resposta não é simples, como a pergunta não o é. Entretanto, alguns elementos podem ser levantados, que nos ajudem a decifrar o enigma.

A ordem social que progressivamente vai se instituindo no Brasil, desde a segunda metade do século XIX, base de formação de Estado brasileiro, pode ser um desses elementos. É dela que trataremos.

Como já afirmei, as preocupações com a saúde coletiva brasileira datam deste momento, o que pode ser medido pela quantidade de normas e medidas estatais, além do clamor dos médicos. Mas, especificamente, é a partir da década de oitenta que atingem o auge as preocupações com duas áreas da saúde pública: a área das

epidemias — febre amarela, tifo, varíola, entre outras — e a da loucura. É interessante se perguntar, neste momento, colocando um conjunto de questões: 1ª) por que a preocupação com as epidemias?, 2ª) por que a preocupação com a loucura? 3ª) por que a loucura como Saúde Pública? Seria a loucura um vírus ou um bacilo que se disseminaria, como as epidemias, ameaçando de contágio a totalidade da população, isto é, as classes sociais indiscriminadamente?

Talvez se possa perguntar, ainda, como corolário: serão as pessoas que enlouquecem as mesmas que sofrem o tifo, a febre amarela, a varíola, a tuberculose?

Ou, para resumir: quem fica doente, no Brasil desta época, de vírus, bacilo, ou demência? E ainda uma questão, corolária desta? Por que adoecem?

Finalmente, como responde o Estado a estas ameaças? Responder a estas sugestões é responder ao problema da ordem nacional que está se instituindo.

Em primeiro lugar, e como comentário à parte, situemos ambos os flagelos da saúde pública do final do século XIX: os grandes centros urbanos portuários, Rio, Salvador, Recife: as cidades. Não que não houvesse doença no campo, nas plantações. Sabe-se das terríveis condições de vida que atingiram os escravos até o final da 1ª metade do século XIX. A partir da 2ª metade, por razões históricas, não só diminuiu o número de escravos — diminuindo conseqüentemente o número de enfermos, como melhoraram, em muitos casos, devido à escassez da mão-de-obra, aos movimentos de fuga e revoltas, aos movimentos abolicionistas, etc, as condições de vida dos restantes. Isto explica, talvez, a queda, a partir dos anos setenta, da taxa de mortalidade em tuberculose, que tanto afligiu a força de trabalho escrava no Brasil.

Não só a tuberculose, mas outras doenças como o ainhum, o beri-beri, a ancilostomíase e outras verminoses eram endêmicas na população escrava.

No entanto, a saúde desta força de trabalho não é preocupação explícita do Estado. Ao contrário, sua preocupação vai se centrar exatamente nas moléstias que atingem, em intensidade crescente durante o séc. XIX, as populações urbanas dos centros portuários e nelas, especificamente, o Rio de Janeiro. Mais que a lógica econômica — também existente — funciona aí a razão política, a lógica dos interesses políticos de preservar da doença a sede do Poder.

As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometem não só o bom andamento dos negócios de exportação, diga-se de passagem —

como o equilíbrio do Estado. É preciso organizar um sistema de controle da situação. Um sistema sanitário.

Há algo de comum entre as epidemias e a loucura, apesar de até hoje não se ter provado que ela possa ser contagiosa, ou que provenha de vírus: é que ambas são doenças inter-classes, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de, evidentemente, a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores.

Por aí podemos compreender porque o Estado se interessa tanto pelas epidemias — e pela loucura — e porque a loucura também é um problema de Saúde Pública.

Com efeito, na segunda metade do século, sobretudo depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-se sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar.

Sem falar neste nascente operariado obscuro, amontoados em cortiços, casas de cômodos e malocas, armazenando em si, pronto para disseminá-los, os germes da doença e da morte, e, no entanto, necessário para movimentar as alavancas da indústria.

Tantas ameaças justificam tantas preocupações. Mas se a doença, mental ou viral, ameaça a todos, não os ameaça do mesmo modo, nem na mesma proporção, nem com a mesma força. Para alguns, ela é somente *ameaça*. Para outros, para a maioria, a maioria a que me referi no início, ela é certeza que persegue, que só heroicamente é evitada. Mas se o fato de atingir a esta maioria não a transbordasse, se a doença não transpirasse dos escuros cortiços para a claridade dos salões, do quarto trancado para a publicidade das ruas, atingindo setores sociais inteiros (penso aqui, por exemplo na “doente nervosa”, na histeria das mulheres no final do século XIX).

Mas sai. E, neste caso, o Estado tem que responder institucionalmente com táticas diversas, aplicáveis a estes setores sociais tão diversos.

É assim que, do último terço do século passado às primeiras décadas deste século, as instituições de saúde estarão produzindo discurso sobre a cidade: sobre o meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles, a habitação, os hábitos alimentares, morais e sexuais; sobre os costumes.

Seriam estas, no fundo, as causas das moléstias no nosso meio, tanto as físicas como as mentais. Propõem-se desde esse momento a unificação de departamentos

e serviços e a centralização de decisões, de preferência nas mãos dos especialistas, isto é, dos médicos, dos engenheiros sanitários, dos psiquiatras. Datam de então os primeiros hospícios: no Recife, a Tamarineira, em Salvador, Juliano Moreira, no Rio, o Hospício de Pedro II.

Espaço de exclusão que institui uma ordem mental, o asilo tenta dar conta das desordens mentais que a malta de desempregados da cidade (ex-escravos ou brancos empobrecidos), que os desajustados da nova sociedade engrossam sempre, contendo-as num espaço. Espaço fechado, é verdade, mas com estatuto próprio; não se trata, ali, teoricamente, de criminosos, vagabundos ou mendigos, mas de desafortunados sobre os quais o Estado, através da Ciência, lança o seu olhar compadecido. As lutas entre as instituições carcerárias e a psiquiatria, ou ao menos a medicina, são, neste momento, acirradas. Nina Rodrigues é apenas um exemplo ilustrado, neste caso.

No entanto, a preocupação com a loucura é maior do que com o louco. Ao louco, com o hospício, atribui-se um *status*, uma identidade institucional. À ordem, subtrai-se o problema de discutir a loucura, sua origem. Subtrai-se, portanto, à sociedade, a discussão das condições sociais de surgimento do distúrbio psíquico. O problema da exclusão de determinados setores sociais da nova ordem que se constrói. E aqui não falo somente do operário, do pequeno comerciante empobrecido, do lavrador expulso de suas terras, do ex-escravo sem lugar na cidade. Falo também da mulher, do intelectual tradicional que não consegue se ajustar à nova hegemonia, do artista refratário à ordem progressista. Todos são potenciais pacientes dessas novas instituições. Eles são os excluídos das decisões na nova ordem. (Lembrem-se que a maioria não poderia nem mesmo votar).

Entretanto, todos esses setores sociais não são homogêneos, nem homogeneizáveis. Também não são assimiláveis umas às outras as variáveis etiológicas do meio ambiente da cidade: costumes sexuais ou alimentares são irreduzíveis, em termos de causalidade da doença, à estrutura sanitária, ao problema da água e dos esgotos. Também os saberes que progressivamente se especializaram sobre cada uma dessas variáveis são irreduzíveis entre si, atendendo a todas essas diferenças.

As políticas de saúde sanitárias, inclusive o que se poderia chamar de sanitarismo mental, atacam o meio ambiente social durante meio século, procurando combater, no espaço urbano, a promiscuidade, que engendra o contágio da epidemia e do vício, procurando reorganizar o espaço amontoado dos "podres", inclusive reconstruí-lo para dele excluir os contaminados, criando do mesmo um

sistema de registros e um esboço de vigilância epidemiológica da doença física e mental. Na virada do século, com as epidemias se alastrando e o espaço do crime e da loucura crescendo — havendo mesmo, da parte da medicina, uma tentativa de redução do primeiro à segunda — e o esforço de Nina Rodrigues neste sentido é imenso — o combate estatal a esses grandes males da saúde pública se torna francamente campanhista. Oswaldo Cruz é o exemplo que a historiografia oficial separou, herói da Saúde no combate à doença pública.

Mas os psiquiatras não descansam de seu lado; procuram as ligações entre a loucura, o crime, a hereditariedade. Em breve estabelecerão ligações entre raça, crime e loucura. Proporão soluções eugênicas para um raça, como a brasileira, que facilmente degenera. Infelizmente não encontrarão, como Oswaldo Cruz ou Carlos Chagas, os germes físicos da loucura. Mas conhecem os germes morais. E para germes morais só existe uma solução: educar e reeducar a população, formar-lhe nobres sentimentos e apontar-lhes a reta prática do dever no trabalho, na família, no exército, na escola. Se essas instituições não conseguirem dobrar a índole do indivíduo então, aí sim, o hospício poderá contê-los e tentar sua reforma.

E os hospícios estão cheios dos desviantes dessas instituições.

Mas essas instituições, neste período de República Velha, não davam àqueles setores sociais que mencionei boa vida; ao contrário. As condições de vida econômica, social, política, moral são selvagens, como o são em todas as sociedades sob o desencadear-se do industrialismo capitalista. Convém talvez perguntar se depois melhoram. Não parece. A cada novo patamar de acumulação, as mesmas condições se repetem; com as novidades apontadas pelo tempo e pela tecnologia, é verdade, mas o sofrimento desses segmentos tem sido o mesmo.

E, estranhamente, as características estruturais das políticas de saúde voltam a ser, a cada nova conjuntura que assinala estes patamares, as mesmas: centralistas, concentradoras de poder nas mãos do agente institucional “qualificado”, verticalistas, intervencionistas e campanhistas.

Entretanto, se a área mais especificamente sanitária da loucura permanece essencialmente a mesma, até hoje com seu espaço institucional asilar, com suas práticas basicamente repressivas ao louco, os indivíduos “normais”, os potencialmente loucos, passam a ser, depois da fase “eugênica” da psiquiatria, que chega até a década de 40, objetos de preocupação preventiva do discurso estatal.

Esta preocupação exprime, por um lado, a constatação da incapacidade absoluta de reforma ou “recuperação” do louco pelo hospital psiquiátrico, mas,

por outro, as novas preocupações preventivistas no campo da Saúde Pública em geral, que dos EEUU se estendem, através dos órgãos internacionais de Saúde, ao restante do mundo.

A “barbaridade” dos métodos asilares é desde então denunciada, sua falência como discurso, a ineficácia do isolamento, da exclusão social da loucura, é analisada e questionada.

Por outro lado, se o preventivismo, que ascende politicamente ao nível de discurso dominante, não encontra no hospital psiquiátrico nenhuma acolhida, sendo aparentemente contraditório, em termos de discurso e prática, ao espaço institucional asilar, e se nas políticas de saúde mental até hoje o hospital psiquiátrico — agora não mais através da Saúde Pública, mas através da Previdência Social — tem ainda dominância institucional absoluta — o que pode ser constatado facilmente por dados numéricos — este preventivismo buscará em outros discursos, em outras práticas e em outros espaços institucionais, seu florescer. A psicologia, a partir dos anos 50, e a psicanálise, dos anos 60, serão, neste contexto, saberes e práticas alternativos fundamentais.

Embora a invasão desses discursos seja recente, não ultrapasse 25 anos, podemos dizer que eles fizeram grandes avanços nas instituições da chamada sociedade civil, isto é, naquele sentido mais amplo de Estado que se viu no início. Na fábrica, na educação — através das escolas — na família, na sexualidade em geral, até mesmo nos hospitais, mais recentemente, nos anos setenta, estas novas práticas fazem triagem, analisam, interpretam, organizam, e excluem, se for o caso, comportamentos, atitudes, desejos e mesmo fantasias.⁴

O papel mais “orientador”, persuasivo, desses novos discursos e práticas, não está menos ligado, entretanto, ao Estado que o discurso/prática psiquiátrico asilar. Se um tem um aspecto mais dominantemente repressivo, os outros têm um aspecto positivo de organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico face à hegemonia que a repressão excludente do hospital.

Trata-se agora não mais de incluir pela marginalização. O controle psicossocial muda de natureza: trata-se de organizar, de planificar, para incluir na ordem política.

Um novo tratamento da sociedade tende a crescer nos próximos anos: o tratamento psico-analítico-social, antes destinado às elites contaminadas pela loucura.

4 Ver, a propósito da invasão dos discursos “psi” à sociedade civil, inclusive através dos meios de comunicação de massa, a conferência citada de BIRMAN, J.

A psiquiatria e as práticas de medicalização do mal-estar psíquico se deslocam dos aparelhos de Estado para a totalidade social. Não somente as instituições, mas cada comportamento, desejo ou aspiração humana podem ser ordenados.

Assim, pelo fato de perder seu caráter predominantemente repressivo, marginalizador, os discursos e práticas sobre a loucura não perdem seu caráter de “Estado”.

Resta-nos neste momento, questionar o quarto lado desta questão (os outros três sendo: o Estado, a população oprimida, o saber-psiquiátrico): o agente institucional. Continuará ele, para o futuro, e com novos trajes, a vestir a pele do Estado? Continuará a concentrar o poder-saber em suas mãos e a bem desempenhar seu papel de delegado?

Este agente: médico, psiquiatra, psicanalista, psicólogo, vê atualmente, através de suas condições atuais de vida, que não é mais que um *técnico*, isto é, um assalariado mais qualificado, e nem sempre mais bem pago. Suas dúvidas sobre a necessidade de continuar a desempenhar o papel de delegado do poder institucional se tornam dia a dia maiores.

As possibilidades de transformação destas práticas e destes discursos novos surgem, em grande parte, destas dúvidas.

Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam?

Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos
Luis David Castiel

*Toi qui poussees tels labyrinthes
Par qui les ténèbres étreintes
S'iront perdre dans le saphir...*
P. Valéry

Introdução

As ciências vêm experimentando neste final de século um misto de renovação criativa e perplexidade. Um após o outro, vão caindo no chão da dúvida e da refutabilidade os mais caros e indisputáveis modos de ver o mundo.

Dentro do modelo kuhniano de reflexão acerca da prática cotidiana da ciência e das eventuais revoluções científicas (Kuhn, 1970) (modelo, ele próprio, objeto de restrições, ver Feyerabend, 1979), diríamos que é cada vez mais difícil praticar a ciência “normal”, confortavelmente embalada pela certeza do enquadramento e da referência. É inegável constatar que carecemos de paradigmas explicativos com garantias de adesão incontestável, seja no âmbito mais restrito da comunidade científica, seja no que se denomina domínio social. Não se pode mais considerar a existência de estabilidade, mesmo provisória, dos paradigmas que poderiam servir de balizamento à prática cotidiana.

A Epidemiologia, que, apesar de algumas controvérsias, é encarada como uma ciência, não tinha como escapar deste torvelinho epistemológico. Especialmente em se tratando de uma disciplina de definição recente, que aborda um objeto de recorte pouco preciso (ou obscuro, na formulação de Goldberg, 1990), conju-

gando métodos quantitativos e variáveis biológicas, clínicas e sociais complexas e repletas de “nuances”.

Desta forma, estão presentes elementos existentes nas crises das demais ciências: em especial, o sectarismo que se confronta com o ecletismo acrítico, a lembrança mítica dos “bons tempos” de antanho, onde se buscam as referências aos fundadores, que, às suas épocas, produziram respostas para os problemas de Saúde das populações de então. Uma aparente tentativa de revivificação prático-discursiva, de modo a permitir que a epidemiologia volte a ocupar o ambicionado estatuto de “Ciência da Saúde Pública”.

Mas a referência aos fundadores encontra na Epidemiologia um campo pouco propício à fundamentação de uma prática mais “segura”. Pois, a disciplina consiste, basicamente, na resultante de um entrecruzamento de idéias e notáveis diversos, eventualmente pertencentes a territórios ideologicamente distintos. A tal ponto, que é possível pensar na emergência de várias Epidemiologias (Cardim et al., 1991), que se originam de campos tão variados como, por um lado, a Veterinária francesa e a Medicina vitoriana e, por outro, a nascente Ciência Política.

Assim, se os veterinários procuravam meios de contar os seus rebanhos e as doenças que os afligiam (Almeida Filho, 1989), John Snow, o médico anestesta da Rainha Vitória, mesmo sem dispor da teoria microbiana, postulou a existência de *algo* que se transmitia através da água “poluída” do Tâmsa. Conforme o ponto de captação da água, a distribuição da epidemia de cólera apresentava padrões distintos de incidência (Snow, 1990). Noutra perspectiva, um pensador social do porte de Friedrich Engels procurava mostrar que o “rebanho” que a burguesia vinha de “reunir” e subjugar se constituía, a rigor, numa classe composta por crianças, mulheres e homens que sofriam de moléstias “produzidas” pelas condições sociais iníquas, e, mais, que eram atores sociais de fato e senhores eventuais dos seus destinos (Engels, 1977). Engels costuma ser considerado como um dos precursores da epidemiologia dita “social”, de origem latino-americana, que procura estabelecer nexos causais entre tipos de inserção de classe social e perfis epidemiológicos de morbi-mortalidade. Mas o “pai” da epidemiologia é John Snow, pois o seu modelo foi corroborado pelo “rolo compressor” conceitual constituído pela teoria pasteuriana no século passado. E, apesar dos reconhecidos esforços de proceder à releitura deste fundador por autores recentes (Costa e Costa, 1990), é com relação a este modelo bem sucedido que a Epidemiologia, no núcleo de sua proposta de eficácia instrumental, ainda norteia sua teoria e ação: uma concepção do Processo Saúde/Doença que permita intervenções efetivas.

É por esta via dominante, ancorada no arcabouço epistemológico da quantificação e do empiricismo que caminhou a “ciência do estudo das epidemias”, de tal modo que lhe fosse natural a rubrica de “objetividade”. Mas, para além desta suposta propriedade, a matematização no campo da Epidemiologia permite manter à relativa distância suas inevitáveis e constantes operações conceituais e ideológicas.

Enfim, as lembranças dos tempos snowianos do cólera parecem pouco reconfortantes, haja vista que as sociedades se complexificaram, assim como o raciocínio clínico e mesmo o quadro das doenças mais prevalentes.

Dilemas da epidemiologia contemporânea

Para melhor situar o panorama atual do campo epidemiológico, vamos utilizar uma tipologia elaborada por Rodrigues da Silva, que descreve a evolução desta disciplina em três fases:

- 1) *Epidemiologia dos miasmas e emanações pestilenciais* — até meados do século passado;
- 2) *Epidemiologia dos modos de transmissão* — a partir de Snow e da teoria microbiana, dirigida às doenças infecto-contagiosas — até a primeira metade deste século;
- 3) *Epidemiologia dos fatores de risco* — voltada para as assim chamadas moléstias crônico-degenerativas — a partir dos anos 50 até os dias de hoje (Silva, 1990).

Na atualidade, há uma progressiva incorporação de um conjunto de fatores patogênicos que foram agrupados sob a rubrica de “estresse social”. Todavia, esta categoria está longe de proporcionar operações satisfatórias, seja na Clínica, seja na Epidemiologia. Mas, é impossível negar que as vicissitudes próprias das sociedades modernas, isto é: exposição ao ruído, aglomerações, isolamento, trabalho entediante e/ou insatisfatório, desemprego, medo de agressões e assaltos, entre outras, constituem importantes fatores responsáveis pelo adoecimento, especialmente na esfera cardiovascular e no problemático campo dos distúrbios (?) mentais. Não faltam contingências na vida cotidiana para que as pessoas experimentem frustração, conflitos, incerteza e insegurança. E, tais sentimentos estão, com certeza, relacionados à ocorrência de um grande número de doenças. Este é

o terreno movediço, de difíceis conceptualizações e com sérias questões metodológicas com que a Epidemiologia se depara (Castiel, 1992).

Em suma, hoje, a Epidemiologia se depara com a necessidade crescente de abordar as intrincadas redes de determinação das doenças crônico-degenerativas (Gonçalves, 1990), o campo da saúde mental, e sente-se mesmo pouco confortável ao pensar as “tradicionais” doenças infecto-contagiosas, cujos agentes e vetores passaram a fazer parte de configurações causais distintas. Não parece absurdo conceber que o vibrião colérico contemporâneo produza uma doença epidêmica distinta da dos tempos de Snow (em quaisquer dos conhecidos caracteres epidemiológicos que se considere — pessoa, tempo ou lugar). Ou seja, hoje, Snow teria que se haver com a plurideterminação das doenças, e, embora certo da decisão de lacrar as bicas das fontes contaminadas e responsáveis pela disseminação do cólera, hesitaria em saber se as lacrando eliminaria, de fato, a doença. Teria também de se haver com a dificuldade de encontrar as bicas e as fontes, profundamente imersas na tessitura social. Uma vez que as encontrasse esbarraria nos tortuosos passos políticos que viabilizariam sua decisão.

Isso, de maneira alguma tira seus méritos de investigador brilhante, apenas relativiza as esperanças de retornar a ele movido pelo simples entusiasmo e desarmado da visão crítica.

O pluricausalismo, mencionado acima, conduz a duas questões fundamentais: a morfologia das séries ou, mais propriamente, redes de variáveis correlacionáveis ao evento-doença e o conceito de causalidade.

Um dos problemas da composição das diversas variáveis é a localização dos seus níveis de organização. São conhecidas as distorções resultantes das inferências a partir da relação entre variáveis pertencentes a distintas ordens organizativas (Schramm e Castiel, 1992). São chamadas de falácias “ecológica” e “agregativa”, conforme o sentido das inferências, respectivamente: do mais geral para o mais particular, e vice-versa. Um exemplo clássico é constituído pelo conhecido estudo de Durkheim sobre o suicídio, em que este faz afirmações sobre as taxas de suicídio em cantões suíços protestantes serem mais elevadas devido a um provável efeito da religião. Pois, nas áreas de predominância católica, a ocorrência era mais reduzida. Entretanto, Durkheim não sabia o credo específico de cada suicida. E, assim, suas inferências sobre o peso da religião do indivíduo na decisão de acabar com a própria vida ficavam comprometidas (Susser, 1973).

Além disso, deve-se considerar o fato das variáveis provirem de modos absolutamente díspares de captação do real, a partir do olhar das ciências, muitas vezes inextricavelmente combinadas ao senso comum, quando não a idéias oriundas da consolidação de preconceitos evidentes. Os exemplos são inúmeros e, apenas a título de ilustração, citaremos as considerações de Faerstein (1989) acerca da construção das categorias relativas às práticas e hábitos correlacionáveis ao câncer genital feminino. O autor descreve uma série de trabalhos em que a correlação estatisticamente observável entre promiscuidade e precocidade sexual, e câncer cérvico-uterino mostra-se um terreno fértil para ilações de cunho moral, a partir da própria conceituação do que significaria “promiscuidade” e “precocidade” nas diversas culturas e nos diversos contextos. O próprio termo “promiscuidade” parece, segundo observação de Imrey (citado pelo autor), reservado às mulheres. Quando o tema é o câncer de próstata, os termos são “maior energia sexual”, “sexualidade mais pronunciada”.

Já a discussão do conceito de causalidade, constantemente simplificado e empobrecido pela extensão imediata e desabusada das associações estatísticas, escapa aos objetivos centrais deste trabalho, mas é importante ressaltar alguns pontos a partir das formulações de Almeida Filho (1992). Para este autor, o paradigma da causalidade é o fundador da Epidemiologia. O objeto de conhecimento definido por esta via é originário da Clínica (médica), praticamente, sem mediações: a doença, enquanto entidade nosográfica estabelecida pela taxonomia médica. A passagem desta concepção da doença, em níveis populacionais, vincula-se à noção de “morbidade”. Os modelos de geração de hipóteses de relações causais, neste paradigma, referem-se a “estruturas de determinação produtoras de efeitos específicos” (Almeida Filho, 1992). A forma de operar com esta proposição investigativa ocorre mediante as funções lineares simples. Porém, como o arcabouço metodológico da Epidemiologia é eminentemente observacional, as evidências de “causalidade” produzidas careceriam do poder explicativo pretendido. Esta é a crítica central que os representantes da corrente denominada Epidemiologia Clínica fazem à proposta dita “clássica”. Para eles, a essência do método epidemiológico deveria ter como eixo o modelo experimental, constituído pelos desenhos de estudo baseados nos ensaios clínicos controlados.

No entanto, como já foi mencionado anteriormente, a Epidemiologia desenvolveu-se em direção ao Paradigma do Risco. Nesta circunstância, a proposição metodológica está centrada na avaliação das probabilidades de ocorrência de associações entre certos fatores (ou, sendo mais rigoroso, “determinantes”) com

eventos específicos (patológicos). Ou seja: a distribuição encontrada não é estocástica, isto é, determinada pelo acaso. Caso se observe uma relação desta ordem, procede-se a um escrutínio, mediante uma série de regras de uma gramática “*ad hoc*” para determinar a presença, ou não, de nexos consistentes entre determinantes e agravos. Se atender a tais exigências, temos, então, a constituição do chamado “fator de risco”. A forma de operar neste nível se dá através das funções lineares ampliadas: os modelos de regressão logística (Almeida Filho, 1992).

A proposta de uma gramática que viabilize as regras que definem o fator como sendo “de risco” está embutida numa idéia mais geral de constituição de uma Epidemiologia pragmática, tal como foi elaborada por Susser (1991). Isto, na verdade, “... mostra (...) a necessidade de pensar a causalidade a partir de uma escolha de variáveis e estratégias, escolha que em última instância só pode depender das próprias circunstâncias da experimentação e dos desígnios da ação (...). Somos conduzidos a uma pragmática, e não apenas a uma sintaxe, e a uma semântica da linguagem da causalidade” (Granger, 1989).

Neste sentido, a Epidemiologia sofre de um “pragmatismo hipertrofiado”. Isto pode ser ilustrado pela crítica contundente feita por Skrabanek, ao verificar os resumos de “papers” apresentados no 23º Encontro da Sociedade para a Pesquisa Epidemiológica em Utah (1990). Este autor sugere que a Epidemiologia teria se transformado num dispositivo que torna cientificamente respeitável uma série de afirmações alarmistas, mediante o emprego de métodos estatísticos sofisticados. Num comentário irônico, Skrabanek se refere a uma suposta prevalência elevada de epidemiologistas (no dito 1º Mundo) em detrimento da reduzida incidência de problemas solúveis pelos métodos epidemiológicos. Este autor comenta o exagero dos estudos que procuram estabelecer possíveis nexos entre os mais variados tipos de “exposição” e a gênese de doenças (desde as “tradicionais” variáveis relacionadas ao comportamento sexual, consumo de álcool e hábito de fumar, até outras como: ócio, ingestão de cafezinho, incluindo exposições passivas a campos eletromagnéticos, aditivos alimentares ou outras ameaças da vida cotidiana). “Parece que qualquer combinação de “exposição” e doença, independente da implausibilidade biológica, ou mesmo de qualquer hipótese de base, é passível do cálculo de riscos relativos, ‘*odds ratio*’ ou riscos proporcionais” (Skrabanek, 1992).

Contudo, não se trata de empregar as técnicas epidemiológicas com mais criteriosidade e parcimônia na escolha dos temas de investigação. As estratégias de investigação também estão em cheque. Como já foi comentado, a denominada Epidemiologia Clínica vem submetendo a corrente mais “tradicional” a uma artilha-

ria pesada, ao criticar os desenhos observacionais como fonte de evidências etiológicas. Para seus próceres, somente o modelo experimental dos ensaios clínicos controlados é rigoroso o suficiente para sustentar os achados de pesquisas sobre Saúde/Doença.

Em suma, a Epidemiologia, a meio caminho entre os modelos matemáticos, que constituem a mola-mestra de sua proposta metodológica, e a dimensão pragmática de suas origens e finalidades no domínio da ambiência social, não pode se esquivar da causalidade. Mas, é preciso considerar que o objeto de conhecimento da Epidemiologia se dispõe numa configuração dissimétrica, de difícil demarcação prático-discursiva: a interface entre o “biológico” e o “social”. Isto nos obriga a pensar suas opções estratégicas com engenho e arte, sob pena de ocorrer uma paulatina estagnação de um instrumento de análise em função de uma possível pauperização de sua eficácia explicativa diante do quadro contemporâneo de desafios no terreno da Saúde Coletiva.

Levando isto em conta, tem havido esforços de se pensar outras ancoragens paradigmáticas, de modo a incorporar a configuração complexa dos fatores que se emaranham na patogênese em nível do indivíduo e na incidência dos agravos nas populações. É o que tenta fazer Almeida Filho, ao propor um esboço de como seriam as características desse novo paradigma (Almeida Filho 1992), que leva em conta a complexidade dos sistemas dinâmicos, cujas redes de causação são inter-determinadas, seguindo padrões não-lineares.

O campo da saúde mental

Antes de discutirmos as relações com a Epidemiologia, é inevitável admitir que o chamado “campo da Saúde Mental” se apresenta especialmente complexo em si. Em primeiro lugar, consiste num corpo de conhecimentos cuja operacionalização, mediante o dispositivo conceitual tributário do raciocínio médico, não se dá sem grandes dificuldades (no caso, através de um dos ramos da Medicina — a Psiquiatria). Na sua própria definição e na demarcação do recorte de seu objeto de conhecimento, o campo “mental” consiste tão somente num dos discursos e saberes possíveis sobre a loucura (Foucault, 1972).

Se é verdade que em todos os campos da medicina há uma coexistência do saber médico com outros saberes que subsidiariam definições algo diversas do que é e do que não é *doença*, em nenhum outro domínio essa discordância é tão

significativa como no âmbito do mental. Haja vista que a própria denominação *Saúde Mental* é alvo de críticas acerbadas e controvérsias. De certo modo, o triunfo histórico do modelo ocidental de medicina científica, em que pese a veemência de seus críticos (Pollack, 1972; Illich, 1975; Navarro, 1976), estabeleceu uma relação bastante heterogênea, no que se refere a poderes e conhecimentos sistematizados, entre a Clínica Médica contemporânea, com suas diversas especialidades, e os sistemas alternativos de pensar e, principalmente, *operar* sobre a Saúde. Uma ressalva: evidentemente, a consistência dos conhecimentos é julgada pelo mesmo crivo epistemológico e pelos mesmos critérios de eficácia técnica que deram origem à própria Medicina moderna (Foucault, 1983; Luz, 1988).

O poder da Medicina fez com que mesmo os sistemas considerados alternativos a ela fossem caudatários dela própria, conforme assinalou Boltanski (1979) em relação às concepções populares a respeito de Saúde/Doença. Segundo este autor, tais concepções consistiriam, antes de tudo, em retraduições fragmentárias e defasadas cronologicamente das próprias concepções da Medicina científica. Mesmo com discordâncias quanto a essa visão de Boltanski (Herzlich, 1991), é inegável a hegemonia simbólica do modelo médico ocidental, que possui ampla difusão, a ponto de produzir uma definição bem delimitada e insuficientemente contestada do que seria o “objeto específico” da Clínica Médica, e que constituiria seu “núcleo duro”. Por exemplo: quadros nosográficos onde se incluem as neoplasias, as infecções graves, as grandes disfunções de aparelhos e sistemas (como o cardiovascular, renal etc.), constituindo uma matriz da prática hospitalar e do ensino acadêmico da Medicina.

Em geral, na periferia deste núcleo duro, localizam-se as manifestações ditas psicossomáticas, afecções “orgânicas” mais brandas (e, portanto, não obrigatoriamente “medicalizáveis”) e os conjuntos de sinais e sintomas mal definidos. Embora estas condições provoquem fissuras relevantes na aparente solidez do arcabouço médico-clínico, não parecem abalar seus alicerces e nem são encaradas como elementos problematizadores da prática cotidiana. Mesmo que, eventualmente, constituam a maior parcela da demanda ambulatorial, mostrando indícios sugestivos do que se pode chamar de sintomas do “mal-estar social” que caracteriza os tempos atuais. Isto se manifesta de modo evidente nas populações que perambulam pelos serviços de Saúde sem encontrar acolhimento resolutivo para suas queixas. Ou seja, a prática médico-cirúrgica está preferencialmente dirigida aos consumidores de tecnologia diagnóstica e intervencionista e “mão-de-obra” especializada, eminentemente hospitalocêntrica.

A Psiquiatria, por sua vez, apresenta baixa resolutividade: vê-se na contingência de conviver com legiões de casos crônicos ou francamente intratáveis e, especialmente nos países periféricos, obrigada a conviver com o símbolo máximo da sua inefetividade — o asilo, que mesmo nas nações pobres vai sendo extinto no que se refere a moléstias clínicas, como é o caso da tuberculose. Falta à Psiquiatria, igualmente, um conjunto realmente abrangente, sensível e específico de exames complementares, que sirva de ancoragem às suas formulações clínicas, apesar dos indiscutíveis esforços da chamada Psiquiatria Biológica contemporânea.

Por fim, e de forma mais problemática ainda, o domínio do “mental” é atravessado por diversos saberes de inegável consistência e reconhecimento científico e social *lato sensu*, que disputam com a Psiquiatria a almejada hegemonia sobre o referido campo. Talvez, a maior rival da Psiquiatria com relação a um discurso hegemônico sobre o *Mental* seja a Psicanálise. Por vezes, aparecem unidas em casamentos eventualmente pouco harmoniosos (Birman, 1980), ou, então, mostram-se claramente divorciadas no tocante às respectivas concepções nosográficas (se é cabível utilizar esta terminologia para o campo psicanalítico).

A Epidemiologia Psiquiátrica, portanto, tem de se haver, inevitavelmente, com a pergunta crucial, a qual tem grandes dificuldades em responder de modo satisfatório: o que é um *caso* (no sentido de definição da doença no indivíduo)? Ainda envolvida com esse dilema, e considerando como ponto pacífico que o *caso* exista, como defini-lo de modo preciso, através de qual instrumento? Esta ordem de problemas nos conduz à discussão a respeito do diagnóstico psiquiátrico e sua correspondente confiabilidade (Coutinho, 1987).

Sem a possibilidade de lançar mão de exames complementares, e, com isto, tendo reduzida a passagem entre qualidade e sua eventual quantificação, quais seriam os parâmetros que funcionariam como referência ao diagnóstico? Como demarcar, neste campo específico, os limites do *científico* diante da presença significativa do *senso comum*, ou seja, o que distingue um *louco* de um *esquizofrênico*?

Ainda que se opere essa distinção essencial, como distinguir o esquizofrênico que acabamos de classificar de, por exemplo, um maníaco-depressivo? Que valor heurístico teria para o raciocínio clínico em Psiquiatria o estabelecimento deste diagnóstico? Serviria, de fato, para o balizamento da terapêutica? Permitiria um prognóstico? Apesar de parecer um truísmo, as questões relativas à taxonomia são

básicas na abordagem epidemiológica, pois, somente mediante o estabelecimento do diagnóstico é possível qualquer quantificação.

Por outro lado, a definição dos fatores de risco que, em si, já é passível de muitas críticas (Almeida Filho, 1992), no campo do Mental sofre os efeitos da discussão acerca da intermediação do *biológico* na patogênese dos distúrbios psiquiátricos.

Para a proposição da Epidemiologia Clássica, o suporte biológico é básico para estabelecer os nexos causais entre as associações estatísticas. No caso da Clínica Médica, a mediação é proporcionada pela Fisiopatologia, e na Psiquiatria, pela Psicopatologia. Aqui, somos acossados pelo problema de delimitá-la. Consistiria ela numa psicodinâmica, tal como é proposta pela Psicanálise? Ou, basear-se-ia numa descrição dos fenômenos da órbita do mental, distribuídos ao longo das funções, como na Psicopatologia clássica alemã? Ou, ainda, num inventário de comportamentos observados, como no Behaviourismo? É por estas razões que a abordagem epidemiológica dos distúrbios psiquiátricos pode ser denominada como Epidemiologia da Imprecisão (Sampaio, 1991).

Uma epidemiologia do mental?

Na nossa opinião, uma Epidemiologia do Mental (Psicoepidemiologia?), conforme os conhecimentos disponíveis, só pode ser concebida, hoje, em diálogo com a Psicopatologia fenomenológica ou comportamental. Isto se deve ao fato de uma Psicopatologia das funções permitir a demarcação do mental em partes individualizáveis e, portanto, a princípio, passíveis de totalizações. Esta ordem de pressupostos é essencial para a operação do instrumental quantificador, tal como é estabelecido pelo raciocínio epidemiológico.

Já uma Psicopatologia dos comportamentos seria, de fato, uma contradição nos termos. Pois, a rigor, dispõe-se de um inventário de comportamentos observáveis, do ponto de vista empírico, e passíveis de quantificação. Enquanto isto, o Mental esfuma-se, como o resíduo volátil que habita a caixa preta.

Uma eventual Epidemiologia Psicanalítica esbarraria, em princípio, em grandes obstáculos, a nosso ver, aparentemente incontornáveis nos dias atuais. É inevitável admitirmos que há um absoluto desencontro nas propostas prático-discursivas de cada disciplina.

Apesar dos esforços de Sperber em postular uma Epidemiologia das representações (Sperber, 1985), o que, diga-se de passagem, é difícil de conceber, é um equívoco reduzir a Psicanálise a uma hermenêutica das representações, como queria Ricoeur (1965). Pois, neste caso, as quantidades e trocas energéticas intrínsecas à Psicanálise (a dimensão econômica da Metapsicologia) ficarão excluídas. É importante assinalar que esta categoria “quantitativa” pertence a um domínio discursivo absolutamente diverso da idéia de quantificação própria da Epidemiologia.

Além disso, a Psicanálise (enquanto processo de abordagem dos sintomas neuróticos) nasce de um encontro singular de subjetividades, sustentado pelo que se convencionou chamar de *transferência* e operando num registro peculiar de informações — a *atenção flutuante*. Não se baseia ela numa taxonomia *a priori* e a atribuição de significação se dá através do que Freud chamou *nachtraglichkeit*, ou seja, *só-depois*. Mas, sobretudo, seu objeto é singular — o inconsciente — perceptível indiretamente, ou seja, através das suas formações. Mesmo se encararmos a Psicanálise como um método de investigação do psiquismo humano, sua abordagem parte da premissa de que há uma impossibilidade estrutural de se apreender a totalidade, pois há uma dimensão inacessível do inconsciente: o chamado “umbigo dos sonhos”. Para alguns, a concepção do aparelho psíquico freudiano tem, a rigor, o valor de metáfora, matriz para o processo interpretativo, que põe em movimento o dispositivo psicanalítico (Spence, 1992).

Por sua vez, a Epidemiologia busca obsessivamente estabelecer as possibilidades de significação *a priori*, de modo a não perder o controle das condições de observação (sob a égide da “objetividade”, através do rigor metodológico nos desenhos de estudo, nos procedimentos amostrais e nas técnicas de análise). O objetivo essencial é evitar os “fantasmas” que inviabilizam seu empreendimento: os vieses. Ou seja, já que não é possível purificar os elementos, como na Química, lança-se mão de uma proposta de homogeneização das unidades sob estudo para evitar qualquer desvio que comprometa os resultados baseados na abordagem estatística. Para isto, é preciso um registro metucioso das informações, através de uma taxonomia nosográfica bem delimitada que clarifique suas variáveis de estudo, bem como a definição precisa dos fatores de exposição. Todos esses procedimentos têm por finalidade alcançar o propósito generalizador e preditivo da disciplina epidemiológica. Uma vez cumpridos os critérios que reconheçam a legitimidade científica das conclusões do estudo (a Gramática Causalista) (Susser, 1991), temos o estabelecimento probabilístico dos impropriamente chamados “fatores de risco”.

Enquanto isso, é preciso fazer algo

No campo da Saúde Mental, a melhor opção, por ora, parece ser a de refinar os meios de compendiar sinais e sintomas e, com isto, fundamentar essas escolhas e combinações, segundo os conhecimentos psicopatológicos ora disponíveis. É a opção das classificações correntes: a CID 9 e a DSM-III-R, que servem de eixo à grande maioria dos trabalhos em Epidemiologia Psiquiátrica contemporânea. Esta opção pela organização sindrômica ao invés da via etiológica, que apresenta profundas limitações (Lovisi e Nogueira, 1992), como na Oitava Classificação das Doenças Mentais (CID 8), representa um avanço — tanto clínico quanto epidemiológico. A opção pelo sindrômico desvincula as síndromes de um causalismo simplista e abre espaço para a complexidade das configurações de variáveis no interior de sistemas dinâmicos. Talvez seja possível um dia trabalhar em Epidemiologia Psiquiátrica com conceitos e operadores similares ao de séries complementares, elaborado por Freud, ou seja, uma rede de eventos que interagem na determinação de um evento psíquico, a partir de uma lógica associativa inteligível.

A opção proporcionada pela DSM-III-R quanto aos múltiplos eixos de classificação, que se acoplam na definição do diagnóstico, é um primeiro passo no sentido de romper com a restrita visão unidimensional.

A opção contemporânea pela classificação multiaxial, na verdade, arbitra a favor de Hoche a disputa histórica travada entre este autor e Kraepelin, o que remonta às primeiras classificações psiquiátricas vigentes no final do século XIX. Kraepelin sempre se mostrou partidário da indissolubilidade sindrômico-etiológica, como entidades de estatuto quase ontológico (Mezzich, 1981).

A fratura do vigoroso sistema kraepeliniano, que se inicia em 1947, com a reformulação da Classificação Sueca de Doenças Mentais, por Essen-Möller e Wohlfahrt, desemboca em nossos dias, nas classificações multiaxiais, tais como a DSM-III-R, que utiliza três eixos tipológicos (síndromes clínicas, problemas orgânicos, desordens de personalidade/problemas do desenvolvimento), acoplados a dois eixos dimensionais (relativos ao nível “adaptativo” alcançado no ano anterior e à avaliação dos níveis de *stress* psicossocial).

No que se refere à Epidemiologia, registram-se muitas discussões sobre as formas de superar as limitações apresentadas no interior da disciplina. Em nível metodológico, foram produzidos trabalhos que abordam problemas específicos da

quantificação: a interação entre as variáveis, a passagem por níveis distintos de organização, a utilização da modelização matemática para lidar com sistemas dinâmicos, o estabelecimento de critérios mais rigorosos para afirmações de causalidade e para a generalização dos achados, entre outros (a este respeito, vide Schramm & Castiel, 1992). Por outro lado, têm surgido indicações no sentido da Epidemiologia desenvolver uma via qualitativa, a exemplo das disciplinas antropológicas, mais especificamente a Etnografia.

Não se deve esquecer que a própria Vigilância Epidemiológica costuma lançar mão da técnica de “estudos de caso” na investigação de casos suspeitos de doenças transmissíveis que são alvo de medidas de controle e/ou erradicação. Mas não são procedimentos de Vigilância Epidemiológica que estão em questão, e sim, proposições de avanço técnico e conceitual na pesquisa epidemiológica. Assim, há sugestões quanto à incorporação de instrumentos qualitativos aos consagrados métodos quantitativos. A tal ponto, que se postula algo da ordem de uma Etnoepidemiologia (Almeida Filho, 1992), que “não será uma mera aplicação de métodos epidemiológicos à pesquisa transcultural em saúde, nem a introjeção de etnomodelos dentro de estruturas de explicação baseadas na abordagem de risco. Apesar de poder potencialmente aproveitar tais possibilidades conceituais e metodológicas, a perspectiva etnoepidemiológica será radicalmente auto-reflexiva. Para tanto, deverá pautar-se por uma rigorosa avaliação dos seus próprios fundamentos, reconhecendo, enfim, o caráter sociohistórico e cultural do próprio campo disciplinar da Epidemiologia” (Almeida Filho, 1992).

Mais especificamente, uma das possibilidades metodológicas seria o emprego das técnicas de *observação participante* (Hartz, 1992). Apesar dos distintos quadros referenciais que podem orientar esta proposta, há pressupostos que são consensuais na observação dos fenômenos:

- “- necessidade de preparação teórica;
 - ' - relativização das hipóteses frente às evidências do campo;
 - a necessidade de integração do pesquisador no campo, para a apreensão qualitativa (...);
 - o uso de instrumentos adequados para a seleção e a apreensão dos dados”
- (Minayo, 1992).

Em suma, tanto a Epidemiologia como o campo da Saúde Mental têm pela frente desafios que pertencem a uma mesma problemática: perceber a complexa diversidade dos elementos que envolvem os fenômenos de Saúde/Doença, inalcançável diante do

reducionismo homogeneizador do dispositivo epidemiológico e das atuais limitações das definições do Mental. Através de contribuições que aprofundem esta ordem de problemas, será possível ampliar o entendimento do adoecer humano e propor modos mais satisfatórios de intervenção.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem Números. Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica*. Rio de Janeiro. Campus, 1989.
- . *A Clínica e a Epidemiologia*. Rio de Janeiro. APCE/Abrasco, 1992.
- BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro. Campus, 1980.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro. Graal, 1979.
- CARDIM, M.; AZEVEDO, B. A. ; MORGADO, A. F. *O Que a Epidemiologia Pode ainda Fazer de Relevante*. Cadernos de Saúde Pública. VII (1): 6-17, 1991.
- CASTIEL, L. D. O Estresse na Pesquisa Epidemiológica. O Desgaste dos Modelos de Explicação Coletiva do Processo Saúde/Doença. Rio de Janeiro. *Physis* 3(1): 91-106, 1993.
- COSTA, D. C.; COSTA, N. R. *Teoria do Conhecimento e Epidemiologia. Um Convite à Leitura de John Snow*. In: COSTA, D. (org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1990.
- COUTINHO, E. S. F. *Confiabilidade do Diagnóstico Psiquiátrico em Hospitais do Rio de Janeiro*. ENSP - FIOCRUZ. Dissertação de mestrado (cópia reprográfica), 1987.
- ENGELS, F. *The Condition of the Working Class in England*. 3rd ed. Moscou. Progress Publishers, 1977.
- FAERSTEIN, E. Ideologia, Normas Médicas e Racionalidade Epidemiológica: o Caso do Câncer Genital Feminino. *Cadernos IMS* 3(1): 173-187, 1989.
- FEYERABEND, P. *Against Method*. Londres. Verso Ed., 1979.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la Folie à l'Age Classique*. Paris. Gallimard, 1972.
- . *Naissance de la Clinique*. Paris. P.U.F., 1983.
- GOLDBERG, M. *Este Obscuro Objeto da Epidemiologia*. In: COSTA, D. (org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1990.
- GONÇALVES, R. B. M. *Reflexão sobre a Articulação entre a Investigação Epidemiológica e a Prática Médica: A Propósito das Doenças Crônico-degenerativas*. In: COSTA, D. (org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1990.
- GRANGER, G. G. *Lógica e Pragmática da Causalidade nas Ciências do Homem*. In: DASCAL, M. (org.) *Conhecimento, Linguagem, Ideologia*. São Paulo. Ed. Perspectiva, 1989.
- HARTZ, Z. M. A. *Buscando Novos Caminhos para a Pesquisa em Saúde*. (cópia reprográfica), 1992.
- HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. Rio de Janeiro. *Physis* I(2): 23-36, 1991.
- ILLICH, I. *Némésis Médicale*. Paris. Ed. du Seuil, 1975.
- KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo. Ed. Perspectiva, 1975.
- LOVISI, G.; NOGUEIRA, A. B. *Viés de Informação em Psiquiatria*. (cópia reprográfica), 1992.
- LUZ, M. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro. Campus, 1988.
- MEZZICH, J. E. *Multi-axial Diagnosis in Psychiatry* In: KAPLAN, H. I.; FREEDMAN, A. M. & SADOCK, B. J. (orgs.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore. Williams & Wilkins, 1981.

- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1992.
- NAVARRO, V. *Medicine under Capitalism*. New York. Neale Watson, 1976.
- POLLACK, N. *La Médecine du Capital*. Paris. Maspero, 1972.
- RICOEUR, P. *De l'Interpretation. Essai sur Freud*. Paris. Ed. du Seuil, 1965.
- SAMPAIO, J. J. C. *A Epidemiologia da Imprecisão: Processo Saúde/Doença Mental como Objeto da Epidemiologia*. U. S. P. Tese de Doutorado (cópia reprográfica), 1991.
- SCHRAMM, F. R.; CASTIEL, L. D. Processo Saúde/Doença e Complexidade em Epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública* VIII(4): 379-391, 1992.
- SILVA, G. R. *Avaliação e Perspectivas da Epidemiologia no Brasil*. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Rio de Janeiro. Abrasco, 1990.
- SKRABANEK, P. The Poverty of Epidemiology. *Perspectives in Biology and Medicine*. 35/ 2 Winter, 1992.
- SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do Cólera*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1990.
- SPENCE, D. P. *A Metáfora Freudiana. Para uma Mudança Paradigmática na Psicanálise*. Rio de Janeiro. Imago, 1992.
- SPERBER, D. Anthropology and Epidemiology: Towards an Epidemiology of Representations. *Man* nº20 (1), 1985.
- SUSSER, M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. Londres. Oxford University Press, 1973.
- . What is Cause and How We Know One: A Grammar for Pragmatic Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*. 133(7), 1991.

O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental¹

Ligia Giovanella

Paulo Amarante

Bases conceituais e históricas do planejamento econômico e social

A noção mais simples de planejamento é a de não-improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho e, conseqüentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana.

De forma mais abrangente, enquanto cálculo de futuro — agir tendo como objetivo alcançar um fim determinado previamente — podemos considerar o planejamento como decorrência da calculabilidade e previsibilidade integrante da racionalidade concernente à sociedade capitalista moderna. Pensar o futuro e calcular a ação presente e futura para atingir uma finalidade — genericamente a

- 1 Este texto é uma composição inspirada dos seguintes artigos:
- GIOVANELLA, Ligia, 1991. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(1), 26-44.
- GIOVANELLA, Ligia, 1990. Planejamento estratégico em saúde - uma discussão da abordagem de Mario Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2), 129-153.
- AMARANTE, Paulo, 1992. O planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: *Planejamento Criativo - Novos Desafios em Saúde Pública* (E. GALLO et. al., orgs.), pp. 139-153, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- AMARANTE, Paulo, 1992. Cidadania, Sistemas Locais de Saúde e Reforma Psiquiátrica. In: *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde* (M.E.X. Kalil, org.), pp. 89-101, São Paulo: HUCITEC.

maximização do rendimento em dinheiro — é o *ethos* da sociedade moderna (Bourdieu, 1979). Calculabilidade e previsibilidade integram o sistema de disposições em relação ao mundo e ao tempo concernente à nova racionalidade instituída com o desenvolvimento da sociedade industrial, passando a fazer parte da conduta razoável correspondente à razão capitalista. Calculabilidade e previsibilidade presentes no cotidiano de todos: no interior da casa, nos cálculos de economia doméstica e no pensar o futuro dos filhos, na indústria, no comércio, na especulação financeira.

Na sociedade tradicional — pré-capitalista — o que impera é a providência: “pré-vidência”, antevidência, um ver de antemão determinado pela tradição do sempre foi assim e assim será, como ciclos naturais que se repetem sempre da mesma forma. Nessa sociedade, a riqueza vem da natureza, a terra produz o valor. O trabalho vale em si e não vale pelo valor que produz: *um homem digno é um homem sempre ocupado*. O resultado do trabalho camponês, expressado na colheita, depende da natureza e não do próprio trabalho, da ação pensada, pois o futuro a Deus pertence. Pela tradição conserva-se o que é, a mudança não é cogitada. Providência na sociedade tradicional tem o significado de um futuro imposto como o único possível.

Na sociedade moderna (capitalista), a previsão é resultado de um cálculo e pressupõe um outro futuro possível. O futuro não está predestinado, já não pertence a Deus, mas resulta da ação de homens e mulheres sobre a natureza. O valor — a riqueza — é produto do trabalho e do espírito de cálculo, objetivando maior produtividade e maiores ganhos, é exigência da própria economia capitalista (Bourdieu, 1979).

Com a industrialização, os processos de trabalho complexizam-se, fragmentam-se, especializam-se, e sua organização racional impõe-se. Cada indústria precisa tornar-se uma máquina bem azeitada, e, cada vez mais, os processos de trabalho vão sendo organizados. É assim que as primeiras elaborações teóricas mais sistematizadas sobre planejamento referem-se à organização da produção industrial nos primórdios da “administração científica”, quando, em 1916, Henry Fayol, ao editar o seu livro *Administração Industrial e Geral*, coloca a *previsão* como um dos elementos da administração. Previsão é entendida aí enquanto projeção, cálculo de futuro, e a programação objetiva, a utilização de recursos e a escolha dos melhores meios a empregar para atingir o objetivo desejado de máxima eficiência, máximo lucro.

É enquanto função administrativa que o planejamento tem o seu desenvolvimento e métodos e técnicas são elaborados. É no interior da empresa o seu *locus*. Inicialmente de maneira fechada e cada vez mais levando em consideração as *flutuações do meio ambiente*. Progressivamente, complexizam-se seus procedimentos, chegando até a técnicas de projeção de diferentes cenários. Quanto mais complexo o que se planeja — o objeto do planejamento — maior número de variáveis a serem consideradas para o cálculo futuro. Impossível conhecer e controlar todas as variáveis e, ainda que conhecidas todas, difícil estabelecer todas as relações causais. Impossível esmiuçar completamente o presente, e o planejamento empresarial atual propõe-se, então, a diminuir esta variabilidade e pensar probabilidades de atingir-se os resultados desejados.

Calculabilidade e previsibilidade são parte também da ação consciente na construção da história futura. E, se já a própria revolução soviética resulta de um processo onde o cálculo e a previsão estão presentes — a possibilidade de um futuro diferente é afirmada —, após a revolução o planejamento vem dar racionalidade às transformações almejadas para toda a sociedade. E a primeira proposta de planejamento social surge na forma de um plano setorial na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, quando, em 1918, é elaborado o primeiro Plano Nacional de Eletrificação. Porém, somente após uma década de governo socialista, é elaborado o primeiro plano global: 1º Plano Quinquenal (1928 a 1932). Na sociedade socialista, com a instituição da propriedade social dos meios de produção, o plano vem para substituir o mercado como instrumento de alocação de recursos e distribuição de produtos, e estabelecer justas proporções entre produção e consumo, oferta e demanda, e entre os vários ramos da economia, com o propósito de satisfazer as necessidades de todos os membros dessas sociedades (Giordani, 1974).

Nas sociedades capitalistas baseadas nas “livres leis de mercado”, no *laissez faire*, o planejamento econômico e social só é admitido após a crise econômica mundial dos anos 30, com profunda e prolongada depressão. Por essa época, John M. Keynes, economista inglês, propõe uma maior intervenção do Estado na economia, com o intuito de diminuir a importância e frequência das crises. Para Keynes, é preciso dotar o Estado de instrumentos efetivos de política econômica que lhe permitam regular a taxa de juros, aumentar o consumo e expandir a inversão, visando o pleno emprego. Keynes propõe maior dirigismo e racionalidade: propõe planejamento estatal (Keynes, 1978).

Suas formulações são assumidas na Europa, principalmente após o final da Segunda Guerra Mundial. Os primeiros planos são feitos em 1948 pelas nações

européias participantes do Programa de Recuperação Européia ou Plano Marshall. Nessa ocasião, foram elaborados planos integrais para quatro anos, com o intuito de ordenar a produção e resolver a situação econômica e política nas zonas devastadas. Resolver a situação política e econômica era também a forma mais eficaz de contrapor-se ao avanço do mundo socialista emergente e presente no continente europeu após a partilha da Segunda Guerra (Giordani, 1974).

O planejamento na América Latina e as origens do planejamento de saúde: o método CENDES/OPAS.

Na América Latina, o planejamento é introduzido ao final da década de 40, por influência da ONU e de um pensamento próprio que entende ser necessário superar as diferenças econômicas com os países capitalistas centrais. Aqui o planejamento é entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento, e desenvolvimento significa crescimento do produto nacional, aceleração do ritmo deste crescimento. Desenvolvimento significa industrialização e modernização, e a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento as acompanha.

É principalmente através da Comissão Econômica para a América Latina — CEPAL — organismo internacional ligado à ONU, que se difunde a noção do planejamento enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento. Esta noção é baseada numa teoria que explica o subdesenvolvimento pela tendência à deteriorização dos termos de troca entre os países capitalistas centrais — economias industrializadas com produção diversificada e tecnicamente homogênea — e os países periféricos — economias exportadoras de alimentos e matérias-primas aos países centrais com produção muito especializada e tecnicamente heterogênea (Cardoso de Melo, 1984). Na noção difundida considerava-se que, através do planejamento, poder-se-ia romper com essa tendência, promover a industrialização e, através dela, alcançar o desenvolvimento.

O planejamento é, então, introduzido na América Latina enquanto método de seleção de alternativas que otimiza a relação entre objetivos e instrumentos com o propósito de crescimento, pois, dentro das teorias desenvolvimentistas, entende-se ser o crescimento a solução para o subdesenvolvimento. Somente a aceleração do crescimento pode diminuir a distância com os países desenvolvidos: esta é a compreensão que caracteriza o planejamento da década de 50 (Matus, 1978).

As propostas de planejamento na América Latina foram inicialmente elaboradas para a economia, mas, progressivamente, o campo de atuação para o planejamento foi ampliado, sendo introduzido também nos setores sociais. Na Saúde, os primeiros programas surgem como decorrência da carta de Punta del Este. Em 1961, os E.U.A., através da Organização dos Estados Americanos — OEA — promoveram uma reunião de Ministros do Interior dos países das Américas em Punta del Este, no Uruguai, onde foi lançado o “Programa Aliança para o Progresso”. Este programa foi parte da política norte-americana do período Kennedy, que colocava ênfase nos obstáculos internos ao desenvolvimento (Cardoso, 1980). Considerava os problemas sociais e políticos como obstáculos internos ao desenvolvimento e entendia o subdesenvolvimento, pelo seus ingentes problemas sociais, como *campo fértil para a proliferação de idéias alienígenas* — socializantes. Com a “Aliança para o Progresso”, através do financiamento de projetos sociais, pretendia-se contrapor à expansão dessas idéias, cujo exemplo de Cuba não se queria deixar reproduzir. A “Aliança para o Progresso” surge, portanto, como aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, com clara intenção de controle social.

É, pois, com essa intenção que, na reunião de Punta del Este, toma-se a decisão de incorporar os setores sociais à planificação do desenvolvimento. Metas sociais são acordadas entre os países participantes, e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial — Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento — sob a égide do FMI, são encarregados de financiar os projetos para o alcance dessas metas.

Para a área de saúde, a Carta estabelece objetivos e, por vezes, quantifica metas para o decênio próximo, em relação: à taxas de mortalidades para certas idades e doenças preveníveis; ao saneamento e alimentação; à organização dos serviços de saúde; ao planejamento de saúde. Comprometem-se os países signatários da Carta: a reduzir a mortalidade de menores de cinco anos de idade; a erradicar a malária e a varíola; a intensificar o controle da tuberculose e das doenças entéricas; a melhorar a alimentação e a nutrição, aumentando a ingestão de proteínas; a abastecer de água potável e serviços de esgoto pelo menos 70% da população urbana e 50% da população rural; a melhorar a organização dos serviços de saúde e a aumentar o seu rendimento, procurando que se atenda cada vez melhor um número maior de enfermos com atividades de prevenção e cura; a ampliar a formação de profissionais e auxiliares em saúde; a criar nos ministérios de Saúde unidades de planejamento integradas aos organismos de planejamento do desen-

volvimento econômico e social; a melhorar as estatísticas vitais e sanitárias; a elaborar planos decenais nacionais de saúde; a ter como meta geral o aumento de cinco anos na esperança de vida ao nascer de cada pessoa (OPS/OMS, 1971).

A Organização Panamericana de Saúde — OPAS — fica encarregada de avaliar os projetos elaborados, objetivando o alcance dessas metas, e de ser a fiadora destes frente às agências financiadoras. Cabia ainda à OPAS a função de assessorar os países na elaboração de seus planos e de promover a formulação de procedimentos para o planejamento de saúde, pois faltava um método para a elaboração dos planos.

Até então, na OPAS, trabalhava-se por projetos isolados e seus técnicos quase que desconheciam o planejamento, não havendo um método que permitisse formular planos globais de saúde e, por isso, Abraham Horwitz, diretor da OPAS na época, logo após a reunião de Punta del Este, dirige-se a Caracas para contatos com Jorge Ahumada, diretor do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela — CENDES-UCV. Economista e professor de planejamento econômico, Jorge Ahumada dispõe-se a participar da elaboração de um método de planejamento de saúde e sugere que, para tal, seja tomado como base um trabalho realizado por Mario Testa, quando aluno do mestrado de planejamento econômico no CENDES. Ahumada estivera interessado em saber se o método de planificação econômica podia ser aplicado a uma área social e, por isso, solicitara a Mario Testa, que era médico, que realizasse um trabalho nesse sentido. O diretor da OPAS aceita a sugestão, sendo, então, formada uma equipe de trabalho para a elaboração de um método de planejamento de saúde. Dessa equipe participaram o próprio Ahumada e Mario Testa pelo CENDES, Alfredo Arreaza Guzmán, médico sanitaria venezuelano da Escuela de Salud Pública, Mario Pizzi, médico chileno dedicado à estatística de saúde e integrante do Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, e, pela OPAS, Eduardo Sarué, também dedicado à estatística médica, e Hernán Durán, sanitaria.

Tomando como base o trabalho de Testa e o modelo do planejamento econômico, esta equipe elaborou o método de planejamento em saúde que ficou conhecido como “método CENDES/OPAS”. Este método foi editado pela OPAS, em 1965, na sua Publicação Científica número 111, sob o título: *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (OPS/OMS, 1965).

Para a elaboração do método CENDES/OPAS, é realizada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, de linha cepalina, para a saúde,

resultando num método de planejamento de saúde onde a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício. Nesse método, a formulação do plano é iniciada com a realização de um diagnóstico: dos danos de seus condicionantes, dos recursos, com sua forma de organização (instrumentação) e rendimento correspondente, e da alocação dos recursos aos danos. A partir desse diagnóstico, é feita uma seleção de prioridades e proposta uma nova organização de recursos, relacionando-se, então, os instrumentos normalizados aos danos priorizados, com o intuito de alcançar maior eficácia e eficiência nas ações de saúde.

Esta é uma proposta tecnocrática, onde o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos “neutros”, faz o plano e estabelece prioridades. É um método do normativo e economicista, onde a norma — o deve ser — tem como fundamento principal a relação custo/benefício.

No texto de apresentação do método Cendes/OPAS, inicialmente, propõe-se a elaboração de um método baseado nos anos de *capacidade produtiva perdida*. Idéia que os autores dizem ser abandonada pelas dificuldades de cálculo e falta de dados disponíveis. Propõe-se pensar a capacidade potencial produtiva — o número de anos/pessoa que dispõe uma comunidade, utilizável em qualquer tipo de atividade — a partir da determinação da esperança de vida para cada idade. A idéia era verificar quantos anos/meses de capacidade produtiva eram perdidos quando uma pessoa ficava doente ou morria em tal ou qual idade. Não se esquecendo de verificar os recursos gastos pela sociedade na formação da pessoa. Nessa concepção, se uma pessoa morre, por exemplo, aos dezoito anos, tem-se uma perda maior do que com uma que morra aos cinco anos de idade, pois a quantidade perdida de anos de capacidade produtiva potencial é quase igual, mas os recursos sociais investidos não. No jovem, a sociedade investiu, por 18 anos, recursos para a sua formação, e ele mal começou a produzir. Essa idéia de *anos de capacidade produtiva perdidos* orienta o método, porém não são apresentados procedimentos para seu cálculo pela dificuldade/impossibilidade que apresenta.

A norma geral para determinar a alocação de recursos nesse método é a obtenção de máxima produtividade, máxima eficiência: um máximo de produto por unidade de recurso empregado, e o problema na programação em saúde consiste, então, em como melhor empregar os recursos, ano por ano, para combater os distintos danos de forma mais eficiente. Para isso, o procedimento mais importante é a determinação de quanto se gasta, no total, no ataque a cada um dos

danos e qual o custo por morte evitada e por caso reparado. Análise que, por ser complexa, deve ser feita apenas para os danos principais, selecionados a partir dos critérios de "magnitude", "transparência" e "vulnerabilidade" aplicado às causas de morte.

Para o cálculo do custo unitário do ataque a cada dano, realiza-se inicialmente um inventário dos recursos disponíveis e das ações realizadas. Os recursos inventariados são relacionados aos seus usos através da sua agrupação em instrumentos, tarefas e técnicas.²

Analizada a composição dos instrumentos e seu rendimento, esses são comparados com uma norma para a composição, grau de utilização e rendimento, identificando-se possíveis deficiências de instrumentalização, baixo rendimento, etc. Desse modo são normalizados instrumentos e tarefas, e são estabelecidas metas de rendimento, tendo-se um modelo normalizado da organização dos recursos.

Conhecendo-se a composição do instrumento em termos de recursos, o custo da unidade dos recursos e o tipo e número de tarefas e técnicas utilizadas, pode-se calcular quanto custa o ataque a cada dano, qual o custo por morte evitada.

Conclui-se a eleição de prioridades pela ordenação dos danos, analisados segundo os custos, de forma crescente, sendo considerado prioritário o dano cujo custo para evitar uma morte é o menor. Alocam-se, então, os recursos (instrumentos e técnicas normalizados) ao dano prioritário, até alcançar-se a taxa de mortalidade que permita essa técnica mais eficiente, passando-se subsequentemente para os danos de menor prioridade. Como existem doenças não-redutíveis, cuja vulnerabilidade zero as exclui das prioridades, sugere-se separar recursos para sua atenção, pois considera-se esta demanda uma exigência da comunidade.

Esses são, em síntese, os conteúdos principais do método CENDES/OPAS. Para a divulgação do método, já antes de sua publicação, a OPAS promoveu em conjunto com o ILPES (Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social) a capacitação de funcionários de órgãos de saúde na utilização do novo método, através da realização de cursos em vários países como Venezuela, Chile, Colômbia, Argentina, e, já a partir de 1963, sistemas de planejamento em saúde

² Instrumento é um conjunto heterogêneo de recursos utilizados na realização de uma tarefa e combinados proporcionalmente entre si, segundo critérios de eficácia e eficiência. Tarefa é todo conjunto de ações sequenciais realizadas para alcançar um objetivo definido e mensurável. Como exemplo de uma tarefa temos a hospitalização, cujo instrumento denomina-se leito hospitalar. A técnica é o conjunto de tarefas realizadas para o ataque a um dano, por exemplo: vacinação + tratamento ambulatorial + hospitalização constituem a técnica de ataque a uma doença qualquer.

começaram a funcionar. Em 1968, foi criado o Centro Panamericano de Planificação de Saúde, que passou a funcionar junto ao ILPES, em Santiago. Esse Centro, que funcionou até 1975, intensificou a capacitação de “funcionários de alto nível” e divulgou amplamente o método.

A idéia de que a formulação de planos nacionais era um pré-requisito para obtenção de financiamentos perdeu força à medida em que a expectativa de cooperação externa, através da “Aliança para o Progresso”, também se diluía (OPS/CPPS, 1975). Mas a idéia do planejamento vingou, e muitos países passaram, então, a fazer planos de saúde utilizando, em sua estrutura básica, o método CENDES/OPAS. Cada país apresentando, porém, peculiaridades nos seus sistemas de planejamento e na aplicação do método.

Quando os países começaram a fazer planos, começaram também a aparecer problemas que o método não resolvia, o que levou à incorporação de algumas modificações ao método. Uma delas foi a inclusão do diagnóstico institucional, passando-se a considerar diferentes instituições prestadoras de serviços, pois no método inicial isto não ocorria. Propunham-se apenas divisões por regiões e áreas, como se existisse um sistema único de saúde. Outra incorporação foi a da “política” como um fator interferente para a realização dos planos, passando-se a considerar a importância de aumentar as propostas governamentais.

Por vários anos, o método foi desse modo difundido e, ainda que sofrendo críticas, tentativas para sua aplicação foram feitas. Já no final dos anos 60, há descontentamento dos planejadores com o método pelas dificuldades para a sua aplicação, porque políticos e administradores não seguiam os planos elaborados. No método CENDES/OPAS, por ser um método normativo, — mesmo após a incorporação da política enquanto um fator — considera-se que apenas um ator planeja com plenos poderes, supondo sempre o consenso ou o quase-consenso. Desconsideram-se conflitos e diferentes interesses. Desconsidera-se a existência de interesses contraditórios quanto à saúde e sua atenção, como se houvesse uma decisão política, *a priori*, favorável ao emprego mais racional dos recursos visando a maior eficiência, estando, então, o técnico-planejador encarregado de implementar esta decisão. O planejador é entendido como um técnico a serviço do político. Acontece, porém, que essa decisão não existe *a priori*. A realidade não se limita ao “deve ser” da norma. A situação é de conflito e disputa pelo poder, e não de consenso, e a política implantada é o resultado de todo um conjunto de disputas e acordos.

Os planos elaborados pelo método CENDES/OPAS, cujo suposto objetivo seria operacionalizar a decisão governamental de maior racionalidade numa situação e consenso, não são executados, pois não existe essa decisão e a situação não é de consenso. Ao não considerarem a variabilidade e complexidade da realidade, os conflitos e os diferentes interesses não dão conta dessa realidade, tornando-se pouco úteis para a intervenção. Tornam-se, apenas, livros-planos adormecidos no interior das gavetas. O método cai, então, em descrédito e, já em 1973, a própria OPAS em sua Publicação Científica nº 272, assume o fracasso do método.

Pode-se dizer que atualmente o CENDES/OPAS, enquanto um método de programação como um todo, não é mais utilizado, porém, como resultado da sua ampla divulgação, alguns de seus componentes ainda permanecem e, se não são aplicados, pelo menos ainda continuam sendo ensinados em variados cursos. Um exemplo do que ficou é a eleição de prioridades baseada nos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, assumindo-se, assim, ainda, uma visão tecnocrática da programação de saúde. Tecnocrático tem aqui o sentido literal do termo: o poder da técnica na definição de prioridades. Quer dizer, a partir de um conhecimento técnico e da avaliação que é feita, também pelo técnico, da importância de um determinado grupo social, são definidas prioridades.

Por outro lado, também consideramos que alguns aspectos do método continuam atuais para a programação de saúde, pela sua adequação enquanto procedimentos para uma análise e cálculo de recursos. É o caso da definição do instrumento e análise de sua composição (a organização dos heterogêneos recursos necessários à realização de uma tarefa), da análise do rendimento e grau de utilização dos instrumentos, da quantificação de tarefas realizadas, da comparação desse observado com algum parâmetro normativo.

À época, o descrédito do método CENDES/OPAS não advém apenas de problemas internos ao método, — não está em questão apenas um método de planejamento de saúde — o que está em discussão são as próprias teorias desenvolvimentistas orientadoras das propostas de planejamento como instrumento para a superação do subdesenvolvimento. Para o planejamento econômico, já na metade dos anos 60, questionamentos começam a ser feitos, pois verifica-se que um maior ritmo de desenvolvimento alcançado num país não fazia esse menos dependente, nem levava à solução dos problemas diagnosticados, como, por exemplo, a concentração de renda e o desemprego. Perguntas como: “Qual a direção do desenvolvimento?”, “Aceleração até onde?”, são realizadas. Pensar na direção significa mudar os processos em curso. Mudar os processos significa pensar no

político, pensar uma estrutura de relações de poder, um sistema de decisões, um padrão de relações com o exterior, uma definição das relações sociais de produção que caracteriza a sociedade que se pretende construir (Matus, 1978). O político precisa, então, ser incorporado ao planejamento não mais como um fator, mas como *objeto* do planejamento. Começam aí as formulações de planejamento estratégico.

Carlos Matus, então diretor do Serviço de Assessoria do Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social — ILPES — partilha desses questionamentos escrevendo, em 1968, *Estrategia y Plan*, texto publicado em 1972. Nesse trabalho, Matus assume que a direcionalidade do desenvolvimento deve ser a mudança de estruturas e sugere um rumo para a abordagem dos grandes problemas enfrentados pelo planejamento, propondo a formulação de estratégias de desenvolvimento que apresentem a coerência necessária entre eficácia econômica e eficácia política.

Já nesse texto, Matus diferencia procedimentos normativos e estratégicos. Pelo procedimento normativo define-se um conjunto de ações *necessárias* para cumprir um objetivo fixado *a priori*, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com os objetivos. Nesse procedimento a trajetória entre a situação inicial e o objetivo é uma trajetória eficaz que deve substituir o comportamento real. O procedimento estratégico pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração, e a norma é o ponto para o qual se quer encaminhar o funcionamento do sistema. A trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade.

A norma, fundamento do procedimento normativo, diz Matus, é uma categoria do necessário, e a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Na estratégia, a condução do processo não está dissociada da sua orientação (Matus, 1978).

A estratégia, para Matus, é uma análise e um propósito para o futuro, onde se integram o econômico e o político social. O necessário é conflitivo, diz ele, e a consideração do conflito, contradições, oposições, acordos — a análise de viabilidade política — diferenciam entre o procedimento estratégico e o normativo. Propõe a construção de um modelo que funcione como a realidade, reagindo e dando respostas a simulações, ensaios de fatos e perturbações. Um modelo que possa permitir a dedução de uma política *viável*, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos.

Essa discussão, com alguma defasagem de tempo, atinge também a área da saúde. As críticas às teorias desenvolvimentistas e ao planejamento econômico, decorrentes da situação político-econômica dos países latino-americanos, somadas a problemas internos ao método Cendes/OPAS, produzem o descrédito desse método.

Contribuem também para esse descrédito as propostas de extensão de cobertura dos serviços de saúde surgidas no início dos anos 70. Na terceira Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, propõe-se a extensão dos serviços de saúde para populações urbanas e rurais até então desassistidas (OPS/CPPS, 1975). O método Cendes/OPAS não tem resposta a essa proposta, pois a análise da capacidade instalada, sua expansão e tecnologia não são suficientemente elaboradas para tal.

Em 1973, é escrito pelo *Centro Panamericano de Planificación de la Salud* o documento *Formulación de Políticas de Salud*. Nesse documento, as relações entre as forças sociais, os conflitos e a viabilidade do planejado são abordadas. A análise de viabilidade passa a ser parte integrante do processo de planejamento. É entendida enquanto possibilidade política do plano ser executado sendo, então, considerados possíveis aliados e oponentes. Para análise de viabilidade, são estudadas quais oposições surgirão ao plano e as formas de reagir frente a estas, e quais acordos serão necessários para alcançar a execução do plano.

Neste documento, estratégia tem o sentido da *seleção de meios, intensidade e oportunidades de ação e discussão, que exige a dialética das vontades enfrentadas* (OPS/CPPS, 1975). O planejamento é situado no campo das decisões políticas. A análise da política — dos processos que conduzem à tomada e execução de decisões — é considerada fundamental para o planejamento.

Para Uribe, o documento apresenta uma contradição básica: o conflito assumido no marco interpretativo do processo político desaparece no esquema apresentado para a formulação de políticas ... *de maneira que este processo reduz-se a uma seqüência de etapas em que se afirma a vontade da autoridade política (qualquer uma)*. O conflito só reaparece na análise de viabilidade (elaboração da estratégia) quando se trata não de modificar substancialmente as proposições políticas já assumidas, mas de ordená-las e dosá-las em conformidade com o estudo das reações sociais... (Uribe, 1982).

A principal contribuição do documento é a proposição da análise de viabilidade, introduzindo a questão da estratégia no planejamento de saúde. Ainda que

seja uma crítica ao planejamento de saúde realizado até então, o documento apresenta uma visão funcionalista do que acontece na realidade. Nesse documento propõe-se certa normatividade da política, uma operacionalização tecnocrática da problemática da política. Sugere-se uma série de passos para a operacionalização do político, estabelecendo um “deve ser” da política em nível das funções, onde o conflito advém da posse desigual de bens pelos diferentes grupos sociais, não se discutindo as determinações dessa posse desigual e não sendo colocadas as contradições e interesses antagônicos fundadores da sociedade de classes que é o capitalismo.

Mesmo assim, o documento *Formulación de Políticas de Salud*, publicado em 1975 pelo *Centro Panamericano de Planificación de la Salud*, tem sua distribuição restringida/proibida pela OPAS que não assume o seu conteúdo “mais político”. Essa é a época em que o avanço significativo do movimento popular, em vários países da América Latina, é sufocado por golpes militares com a imposição de ditaduras, com o apoio norte-americano, em todo o cone sul (Testa, 1985a).

Com a derrota dos movimentos populares e a implantação das ditaduras militares, muitos dos profissionais e teóricos do planejamento são afastados dos níveis de intervenção e vão reinserir-se em outros países, geralmente em instâncias acadêmicas, onde se dedicam a uma reflexão sobre as suas atuações e sobre o fracasso dos movimentos dos quais participaram.

As três vertentes do enfoque estratégico

Podemos identificar três vertentes de planejamento estratégico em saúde atualmente em difusão na América Latina: o planejamento situacional de Matus aplicado à saúde, as propostas programático-estratégicas de Mario Testa e o enfoque de Barrenechea e Trujillo (Escola de Medellin).

Cabe primeiramente, um esclarecimento sobre o sentido aqui empregado para a *estratégia*, pois é um termo amplamente utilizado, apresentando múltiplos significados. Estratégia é arte de explorar condições favoráveis com o fim de alcançar objetivos específicos. É meio para alcançar um objetivo. É proposição para futuro: o enunciado de diretrizes para o longo prazo (significado que aparece,

por exemplo, em documentos das Nações Unidas). É proposta para ganhar um jogo. É arte de ganhar a guerra.

Na sua origem castrense, *estratégia é arte de dirigir operações militares* (OPS/CPPS, 1975). Arte militar de planejar e executar movimentos e operações de tropas e veículos de guerra, visando alcançar ou manter posições favoráveis a futuras ações sobre determinados objetivos; *programação a longo prazo do uso de instrumentos militares e políticos na condução de conflitos* (Bobbio, 1986).

Por sua origem militar, geralmente incorpora-se o termo “estratégia” a situações em que, para alcançar um objetivo, é necessário superar obstáculos: quando existem oponentes ao alcance de um objetivo e, para alcançá-lo, é necessário vencer a resistência dos oponentes.³ O termo “estratégia” é, portanto, empregado quando existe conflito, enfrentamento, relação de poder, e este é o caso do planejamento de saúde.

O sentido militar do termo, em suas elaborações mais acabadas, é teoria de movimento até o objetivo, buscando-se obter o máximo de liberdade de ação após cada movimento (Matus, 1982). É este o sentido de *estratégia* quando falamos aqui de planejamento estratégico. Sem esquecer que, no conflito entre forças sociais, como bem diz Matus, o que acontece é um jogo dialético, pois as forças sociais têm uma história e constituem uma unidade contraditória. Nesse, como em qualquer outro jogo, enfrentam-se oponentes que, para ganhar têm de vencer a resistência dos outros; porém, no jogo dialético, um jogador não existe sem o outro. O jogo dialético supõe a unidade e a contradição entre as forças sociais.

É com esse sentido que afirmamos os enfoques de planejamento de saúde aqui apresentados como estratégicos, pois consideram o problema do poder e admitem o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade. E porque os processos de planejamento propostos objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada, movimento que possibilita a aproximação dos propósitos desejados.

As três vertentes têm em comum a ação estratégica e sua ruptura com a normatividade de um “deve ser” que se impõe sobre a realidade, admitindo a

³ “Estratégia” e “Tática” são termos interligados, produzindo-se por vezes confusões entre seus significados. A tática subordina-se à estratégia. Tática é um meio de aplicação da estratégia, é parte da guerra que trata da arte de manobrar as tropas durante o combate. Arte de utilizar as armas em combate, tirando delas o maior rendimento.

impossibilidade de contar-se com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real, devido à complexidade dos processos sociais. Cada uma, porém, apresenta um enfoque específico, com diferente ênfase. Matus dá prioridade aos problemas de condução e governabilidade e procura instrumentalizar a condução de governo. Testa aponta e aprofunda as questões do poder, e Barrenechea e Trujillo fornecem instrumentos para a execução de ações setoriais.

O planejamento situacional

Carlos Matus, ex-ministro do governo socialista de Allende no Chile, faz essa reflexão inicialmente nos cárceres de Pinochet e, depois, em seu exílio na Venezuela, como assessor das Nações Unidas (ILPES e PNDU) e do CENDES. Mario Testa, que, após trabalhar no CENDES desenvolvendo o método CENDES/OPAS e na divisão de pesquisa do CPPS, deslocara seus interesses para os movimentos populares que ocorriam na Argentina, atuando no movimento peronista, faz essa reflexão no exílio. A temática de Testa e Matus é a mesma. Motivados pelo fracasso dos movimentos populares, ambos discutem a questão do poder.

Matus aprofunda a sua discussão iniciada em *Estratégia y Plan*, fazendo uma análise globalizante do planejamento na economia. Inicialmente, enfatiza a discussão sobre o poder e tenta desenvolver um rigoroso método de planejamento. Atualmente, porém, está mais preocupado com a construção/elaboração de instrumentos de condução que aumentem a governabilidade de um sistema político.

Propõe um método de planejamento situacional onde o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planificam, diferente do método normativo, onde o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e pretendendo controlá-la como se fosse seu objeto. Situação é o lugar onde estão os atores e suas ações. *É a explicação da realidade que realiza uma força social em função de sua ação e luta com outras forças sociais.* (Matus, 1982)

Nessa concepção, a contradição e o conflito são assumidos e a planificação situacional, diz Matus, é necessariamente política, pois um dos recursos escassos que restringem o desenvolvimento de ações que promovam mudanças são os recursos de poder.

Planejamento situacional é um método de planejamento constituído por quatro momentos não-seqüenciais, simultâneos e em constante processo. Um momento explicativo equivalente ao diagnóstico onde são selecionados problemas e discutidas as suas causas no nível dos fenômenos (fenoestrutura) e das estruturas sociais básicas (genoestrutura). Um momento normativo: o desenho do “deve ser”. Um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder. Um momento tático-operacional de tomada de decisão e de realização da ação concreta.

Por refletir sua própria experiência, o ator privilegiado é o governo. Planejar, para Matus, é conduzir o processo. É tentar submeter à vontade humana o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, fixando uma direção e dando uma velocidade à mudança que, inevitavelmente, acontece. É método de condução do governo para o alcance de seus objetivos. Planeja quem governa: quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir (Matus, 1981).

O fracasso do planejamento é também fracasso da condução. Uma das razões que Matus detecta para esse fracasso é a falta de instrumentos, procedimentos e técnicas de condução e, por isso, coloca aí sua ênfase, desenvolvendo instrumentos para que aquele que tenha responsabilidade da condução consiga exercê-la. Preocupa-se, então, em dotar o governo com elementos técnicos que aumentem a governabilidade do sistema (procedimentos para lidar com a incerteza, sala de situações...).

O planejamento situacional é uma evolução do pensamento crítico dos anos sessenta em relação ao planejamento econômico. Pode ser considerado como uma vertente do planejamento estratégico de saúde, pois o pensamento de Matus, pelo seu freqüente trabalho como assessor da OPAS, tem sofrido adaptações para a saúde. Essas, mesmo que nem sempre bem sucedidas, têm influenciado atuações de planejamento em saúde.

A proposta de Medellin

Uma outra linha do planejamento estratégico de saúde desenvolve-se a partir de uma reflexão promovida no interior dos próprios organismos internacionais (OPS/OMS), dando uma certa continuidade a questões colocadas no documento *Formulación de Políticas*. Essa vertente é apresentada inicialmente nas *Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, la Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales Acordados para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*, um documento “borrador” da OPAS, de circulação restrita, elaborado a partir de debates em seminários internacionais com especialistas em planejamento — Medellin, Mérida e Rio de Janeiro — e de um curso realizado na *Facultad Nacional de Salud Pública de Medellin*. Em 1987, esse documento é editado como *Salud para Todos en el Año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*, tendo como autores Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea (Barrenechea & Trujillo, 1987). Trujillo, inicialmente aluno e depois consultor do *Centro Panamericano de Planificación de la Salud* até sua extinção em 1975, foi diretor e professor de planejamento na Escola de Saúde Pública de Medellin, na Colômbia, até 1988, quando foi assassinado. Barrenechea foi participante de Cursos de Planejamento e Desenvolvimento Econômico na CEPAL e ILPES e trabalhou em planejamento na OPAS, de 1966 até 1980.

O texto de Trujillo e Barrenechea mantém-se como notas sobre planejamento e administração de sistemas de saúde, não pretendendo os autores a proposição de um método de planejamento.

Por suas origens, nas discussões nos seminários, o texto tem contribuições de vários autores: Matus e Testa, por exemplo, fazem parte de sua bibliografia de referência. Mesmo assim, apresenta uma especificidade em sua orientação. Sua racionalidade basicamente sustenta proposições do planejamento estratégico empresarial e, por isso, podemos considerá-lo como uma terceira vertente.

O planejamento estratégico e depois a administração estratégica, desenvolvidos para as grandes empresas desde o final dos anos 60, diferem do planejamento normativo tradicional. Admitem a turbulência do ambiente externo e tratam de como as empresas devem orientar-se no processo de adaptação ao ambiente. O comportamento estratégico é considerado como um processo de interação com o ambiente, acompanhado de um processo de promoção da modificação de aspectos dinâmicos internos, onde a turbulência externa e o poder configuram-se como

influências básicas (Ansoff, 1983). Essas concepções permeiam o texto de Barrenechea e Trujillo, influenciando na origem dessa “vertente” do planejamento estratégico de saúde.

O interesse desses autores é o setor saúde e sua preocupação principal, a instrumentalização: como fornecer instrumentos que auxiliem técnicos atuantes na linha de execução, que rompam com o normativo e contribuam na implementação das Estratégias SPT 2000. Propõem uma metodologia de planejamento para ser utilizada por qualquer força social que assuma a meta SPT 2000 e a estratégia da atenção primária.

Nesse enfoque, o planejamento é entendido como um processo social complexo, que trata de influenciar as características de uma mudança social a partir da perspectiva de uma determinada força social. Pressupõe-se que, para pensar a ação futura, é necessário conhecer-se uma teoria política, mas esta teoria não é explicitada nem discutida. Assim, a existência de interesses conflitivos é reconhecida, porém a determinação desses conflitos não é colocada. Diferenças entre grupos sociais quanto ao acesso aos serviços e aos riscos de agravo à saúde são constatados, sem também explicitar-se a determinação dessas desigualdades. Evidenciadas as diferenças, os instrumentos elaborados para a intervenção no setor saúde direcionam-se aos grupos sociais chamados de “postergados”, objetivando diminuir essas desigualdades.

Barrenechea e Trujillo admitem a complexidade do sistema de saúde como parte integrante do social, pois o ambiente social é turbulento e pouco previsível; a fragmentação (o desenvolvimento dos processos sociais de forma brusca e não-linear); a dependência do sistema de variáveis fora de seu domínio, fora de seu espaço de controle; e a incerteza no tratar com o futuro. Admitem, ainda, a existência de forças em oposição, a necessidade da negociação e de procedimentos para tal, e colocam o plano como algo em permanente elaboração e execução, quebrando, em diversos níveis, a base do planejamento normativo tradicional (Barrenechea & Trujillo, 1987).

As propostas programático-estratégicas

Mario Testa, em sua reflexão e autocrítica, por sua participação na política, pensa o problema do Poder como problema central do planejamento de saúde. Sua reflexão é como participante de um movimento social desde fora do governo. Seu

ator privilegiado é, então, a classe/grupo/força social/movimento, e não, como em Matus, o governo. Refere toda a sua proposta à luta pelo poder: como conduzir deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados.

Como resultado de suas reflexões, propõe para o planejamento de saúde “integrar o cálculo tradicional — referente ao diagnóstico e à proposta administrativa — com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e a análise das representações das ações propostas sobre esta estrutura, na tentativa de desenhar uma maneira de aproximar-se da posição de Habermas: criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua liberação” (Testa, 1986).

Testa não apresenta essa proposta ordenada em texto único. Para conhecê-la e discuti-la, inicialmente, realizamos um estudo de sua produção recente (1983-1987), identificando os fundamentos e elementos de suas propostas programático-estratégicas.

Consideramos como fundamentos dessa proposição de Testa para o planejamento: sua compreensão do planejamento como prática histórica, o postulado de coerência que apresenta sua interpretação dos problemas de saúde enquanto problemas sociais, e sua compreensão e análise do Poder, na sociedade no setor (Testa, 1985/1986/1987).

Para Testa, o propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade. Intervir na construção da história.

Pensar o planejamento como prática histórica. Discute, então, as estratégias de transformação social historicamente gestadas, utilizando conceituação gramsciana. Considera que a análise desses processos históricos mostra uma combinação de estratégias de “ocupação de espaços” e de “enfrentamento” (“guerra de trincheiras” e “assalto ao poder”).

O propósito de mudança determina um diferente método, pois considera o método necessariamente relacionado aos propósitos perseguidos. Método e propósitos, por sua vez, relacionam-se com a organização das instituições encarregadas de executar as ações pertinentes ao alcance dos propósitos. Postula, então, a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização. Relações essas que devem ser analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social, quando se discute um método de planejamento. Testa propõe um modo geral de análise dessas relações para socie-

dades capitalistas e dependentes, diferenciando-as dos países capitalistas desenvolvidos. São estas necessárias relações entre propósitos, método e organização que Testa apresenta em seu ‘Postulado de Coerência’ (Testa, 1987).

Testa entende saúde como “*o jeito de andar a vida*” e os problemas de saúde, tanto de situação de saúde como de organização setorial, como problemas sociais complexos nos quais intervêm inúmeras variáveis relacionadas de formas muitas vezes desconhecidas.

Considera que, para os problemas de situação de saúde, a análise que mais tem conseguido aproximar-se dessas complexas relações é a realizada pela epidemiologia social. Na epidemiologia social, o processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social, sendo as desigualdades, no sofrer e adoecer entre grupos de pessoas, consideradas como decorrentes de diferenças de classe social.

Os problemas de organização setorial, representados, em grandes termos, pela alocação social de recursos para a atenção à saúde, são também problemas sociais. Fazem parte das questões relacionadas à reprodução da força de trabalho e estão determinados economicamente por necessidades da acumulação e, politicamente, pelas lutas dos trabalhadores por sua condição de vida atual e acerca do futuro ordenamento social (Testa, 1985).

No entender de Testa, proposições em Saúde somente serão eficazes a longo prazo, quer dizer, levarão à resolução dos problemas de saúde, se fundamentadas na interpretação da determinação social do processo de produção desses problemas, pois esta interpretação é que mais dá conta da sua complexa determinação.

Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social mesmo. Pois a totalidade social, não pode ser separada em partes. Não é possível modificar o social com propostas setoriais, diz Testa. As propostas setoriais podem, apenas, criar condições que abram o caminho para a modificação do social (Testa, 1986).

Para mudar o social, é necessário pensar na questão do Poder, pois o Poder é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde — a estratégia — leva a alcançar um certo deslocamento de poder — uma política — favorável à resolução do problema. Assim, as estratégias em saúde extrapolam o setorial, abarcando o conjunto social, e dão eficácia às propostas a longo prazo. Para isso é necessário conhecer o Poder:

o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial (Testa, 1986).

A proposta

Identificados esses fundamentos das suas proposições, seguindo a proposta de Testa para o planejamento de saúde inicialmente referida, podemos, assim, ordenar os conteúdos de seus trabalhos: *o diagnóstico de saúde*, constituído pelos diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico, e pela síntese diagnóstica; e as suas *propostas programático-estratégicas*: a consideração dessas propostas, enquanto processos, pela análise de seus tempos técnicos e políticos, os programas de abertura, avanço e consolidação, e suas estratégias de formas organizativas, democráticas e participativas (Testa, 1986).

Através do diagnóstico, é feita a análise da realidade de saúde. Essa análise não é neutra e está determinada pelo propósito que se tenha. O propósito, para Testa, é de transformação das relações do poder, através da realização de ações em saúde. Esse propósito produz um viés particular no diagnóstico: enfatiza-se a análise das relações de Poder em Saúde.

Para um melhor conhecimento dos problemas de saúde, Testa propõe três tipos de diagnóstico: administrativo, estratégico e ideológico. O diagnóstico administrativo é parte da análise e cálculo tradicionais do planejamento de saúde. Através desse diagnóstico, população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde são enumeradas e quantificadas. Cadeias epidemiológicas e nós técnicos críticos são identificados. A partir de critérios técnicos de eficácia e eficiência, recursos e atividades necessários são calculados.

O diagnóstico estratégico é a análise das relações de poder no setor. Nesse diagnóstico, são identificadas e analisadas as desigualdades, na situação de saúde e na atenção à saúde, entre grupos sociais, determinadas por diferenças de classe social. Internamente aos serviços, analisam-se as relações de poder que aí ocorrem e identifica-se a distribuição dos três tipos de poder em saúde: o técnico, o administrativo e o político. Na composição setorial, analisa-se o poder administrativo concretizado pelo manejo de recursos e mediado pelo financiamento, diagnosticando os grupos sociais relacionados aos processos de financiamento.

O diagnóstico ideológico é o diagnóstico da ideologia dos grupos sociais com interesses em saúde. É o diagnóstico de suas compreensões sobre a saúde e a sociedade — consciência sanitária e social — e suas práticas correspondentes.

Após esse esmiuçamento da realidade, através dos três diagnósticos, é realizada a síntese diagnóstica: um momento integrador que reconstrói a realidade de saúde analisada. Através da síntese, identifica-se o espaço social setorial, enquanto sua estrutura de Poder. São identificados todos os atores e possíveis atores sociais de saúde e seus interesses, e analisadas sua força, suas relações e participação no debate da saúde.

A síntese diagnóstica é momento de início da formulação das propostas programático-estratégicas. Propostas cuja intenção é realizar ações de saúde, objetivando mudanças. É pensada desde a análise de sua viabilidade e de suas repercussões sobre a estrutura de poder na sociedade: as relações de poder entre os grupos sociais, dentro e fora do setor saúde. A ação em saúde é a parte programática da proposta. A estratégia é a forma de implementar essa ação, é o comportamento dos atores, objetivando adquirir liberdade de ação para alcançar o objetivo buscado de transformação das relações de poder.

As propostas programático-estratégicas são pensadas enquanto processos que se realizam ao longo do tempo. Tempos técnicos e políticos, desencadeados pelas ações propostas, são avaliados.

Testa propõe três tipos de programas: de abertura, de avanço e de consolidação. A partir do diagnóstico, *programas de avanço*, contendo as mudanças consideradas necessárias, são elaboradas. Com o intuito de criar viabilidade para as mudanças, através da construção de uma base social de apoio e pela negociação entre as forças sociais, *programas de aberturas* são formulados. Pela institucionalização das mudanças e através da realização de medidas materiais que demonstrem concretamente a positividade das mudanças, estas são consolidadas, adquirindo permanência. Estes são os *programas de consolidação*. O conjunto de programas, com suas formas organizativas correspondentes, conforma o processo de mudança.

As propostas programático-estratégicas objetivam acumular poder para os dominados e mudar as relações de poder, através da formação de uma consciência sanitária social e de classe. A implementação dos programas de avanço, através de formas organizativas das práticas propostas, democráticas e participativas, dão aos programas essa direcionalidade. Formas organizativas internas democráticas, com

a criação de uma equipe de saúde solidária e colaborativa, são propostas como mecanismo para a construção da igualdade: a mudança das relações de poder. Formas organizativas internas democráticas são inseparáveis da abertura do setor saúde à participação direta da população. Esta é uma proposta de redistribuição de poder, objetivando constituir a população em ator social. A participação da população, através de suas organizações, no debate de saúde, amplia esse debate e torna-a ator social em saúde.

Seguindo a proposta de Testa para o Planejamento em Saúde, em síntese, pode-se dizer, que seu diagnóstico administrativo faz referência ao cálculo tradicional: contabilização e análise do rendimento dos recursos existentes, relação do contabilizado com um ótimo convertido em norma e cálculo dos recursos necessários para a execução das ações propostas. Os diagnósticos ideológico e estratégico, juntamente com a síntese diagnóstica, põem ênfase na análise da estrutura de poder setorial. Os programas de abertura, avanço e consolidação, elaborados a partir desta análise, consideram as repercussões das ações propostas sobre essa estrutura de poder. As formas organizativas democráticas e participativas pretendem dar direcionalidade aos processos desencadeados, acumulando poder para as classes dominadas/subordinadas. Internamente aos serviços, alterando a distribuição de poder em seu favor, e, externamente, através da mudança na consciência que podem provocar, influenciando na disputa de poder na sociedade e constituindo grupos de população como atores em saúde.

Discussão

Mario Testa faz uma proposta *acerca do planejamento de saúde*, porém não propõe um método de planejamento. Propõe um modo de entender o processo de planejamento e dá uma direcionalidade a esse processo, mas não instrumentaliza o processo. Não propõe um conjunto ordenado de procedimentos e técnicas de intervenção em complexas situações de conflito: um método de planejamento estratégico.

Consideramos que planejar em situações de conflito requereria uma série de técnicas e procedimentos que pudessem ser seguidos, seqüencialmente, ou realizados em momentos simultâneos e que dessem conta: da abordagem da complexidade social, em sua totalidade, expressada, com especificidade, em relação à

saúde; da interação entre as diversas forças sociais; e da variabilidade e incerteza que significa tratar com o futuro, possibilitando a realização do “deve ser”.

Ora, a realidade social não é regida por leis que se repetem. Na realidade social é possível, a partir de sua estruturação econômica, delinearem-se tendências: possibilidades com diferentes probabilidades para os acontecimentos. Tendências, mas não leis, porque há uma interação entre o econômico e o político. Porque uma suposta dinâmica social *necessária*, determinada objetivamente, a partir das relações econômicas atuais, é inseparável das iniciativas subjetivas das pessoas, das ações humanas livres (Konder, 1988). É inseparável da ação e luta de homens e mulheres reunidos segundo interesses comuns em classes/grupos sociais. A ação das classes/forças sociais em disputa e luta não pode ser previamente determinada pelo estabelecimento de leis. O resultado de enfrentamentos/alianças não é previsível. Querer fazê-lo significa instituir uma normatividade da política, uma normatividade para as relações de poder.

“*Tendências não são destino*” (Ansoff, 1983). “*As circunstâncias fazem os homens, assim como os homens fazem as circunstâncias*” (Marx, 1986), e aí está a possibilidade do planejamento, possibilidade de imprimir direção à ação futura, tanto maior quanto mais ampla, mais coletiva, a vontade da modificação. O que não é possível é dar conta de toda a complexidade que é a sociedade e o tratar com o futuro — principalmente em situações de conflitos de vontades advindos de interesses antagônicos — através de uma série de técnicas e procedimentos. É possível, apenas, aproximar-se dessa complexidade, e Testa propõe alguns elementos para o planejamento em saúde.

Um dos principais elementos que Testa apresenta para um processo de planejamento é o diagnóstico. Nos diagnósticos propostos por Testa, são apresentadas algumas técnicas para cálculo de indicadores e análises de problemas, mas essas, no conjunto, não conformam um roteiro a ser seguido para a identificação e explicitação dos problemas de saúde. Mais do que uma série de procedimentos, os diagnósticos constituem um quadro de análise para se pensar os problemas de saúde, um modelo explicativo orientador do esmiuçamento da realidade, necessário para o levantamento e compreensão dos problemas de saúde.

Os programas de abertura, avanço e consolidação também não podem ser considerados, enquanto técnicas ou procedimentos, partes de um método, pois não contêm instrumental para a sua elaboração. São orientações para se pensarem

processos de planejamento estratégico e não metodologia de elaboração de programas ou técnicas de análise de viabilidade: são orientações para um pensamento estratégico.

A apresentação de três tipos de programas põe ênfase na necessidade da construção ativa da viabilidade e na importância da permanência da viabilidade para a consolidação das mudanças implementadas. Os programas de abertura põem ênfase nas relações de poder, os de consolidação, na ideologia e os de avanço correspondem ao “deve ser”. Programas de abertura e consolidação têm conteúdos diferentes, mas ambos referem-se à questão da base de apoio. Os de abertura, apoio para a decisão sobre o avanço, e os de consolidação, apoio para garantir a permanência do avanço. Em ambos, Testa afirma a importância do poder, enquanto ideologia nesse processo de mudança. E, por entender a ideologia como relação dialética entre saber e prática, Testa propõe formas organizativas democráticas e participativas que, no seu entender, contribuem para a formação de uma nova ética de solidariedade e transparência que oriente novas práticas sociais transformadoras, pois, ao compreender os problemas de saúde enquanto determinados socialmente, e o setor como parte inseparável da totalidade social, para Testa, somente práticas sociais globais transformadoras poderão levar a, e consolidar, mudanças em saúde.

Sua proposição deixa de ter, assim, uma especificidade setorial para tratar de influenciar na construção da história, imprimir direção aos processos sociais.

Pensar a ação de homens e mulheres na construção da história, na construção da realidade social, é pensar a ação política: pensar as relações de poder na sociedade. Imprimir direção aos processos sociais é pensar na ampliação de uma vontade, tornando-a coletiva. Pensar uma vontade que é ação transformadora significa pensar a relação de Poder não apenas como repressão, mas também como Ideologia.

Este é o caminho de Testa e, por isso, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensamento estratégico, um pensar a ação política em saúde.

Estratégias, planejamento e complexidade em saúde mental

O conceito de estratégia no planejamento em saúde mental radicaliza o caráter de transitoriedade, isto é, de constante não-equilíbrio, e assume uma oposição explícita ao conceito de modelos, tão ao gosto das ciências positivas. Estratégia, pois, é aqui entendida como um sistema maleável de referências teóricas e práticas, provenientes dos saberes e fazeres científicos e não científicos, que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em linhas de contato/experiência com a realidade vivida. Em outras palavras, estratégias são o conjunto de conceitos, idéias e marcos de referências colocados em movimento num processo de conhecimento e modificação, onde transformam-se, ao mesmo tempo, as situações encontradas, os marcos teóricos utilizados para conhecer e modificar estas mesmas situações, e o sujeitos cognoscentes.

Tal conceito de estratégias, que melhor definido poderia ser um não-conceito, é consequência de uma postura crítica quanto à neutralidade e positividade das ciências, que tanto têm autorizado, muito em particular, a psiquiatria, em suas intervenções em nome da verdade.

Assim é que as estratégias para o planejamento em saúde mental têm algumas características que devemos considerar, que dizem respeito à natureza do saber e da instituição psiquiátrica, ao conceito de desinstitucionalização e à discussão sobre a invenção de novas tecnologias de cuidado.

A estratégia da negação da psiquiatria enquanto ideologia

Quando se está falando em estratégias para o planejamento em saúde mental, é imprescindível refletir sobre a natureza e sobre o processo de constituição histórica do saber psiquiátrico e de sua relação com a instituição asilar. Isto porque, ao se propor um planejamento de ações e políticas de saúde mental, é preciso considerar com que saberes e técnicas, com que serviços, ou com que técnicos, as ações de saúde vão operar no território, para ouvir histórias, entender sofrimentos;

mais que isso é necessário saber como serão organizadas e oferecidas as atividades que se querem terapêuticas.

Em outras palavras, quando se trata de estratégias para o planejamento em saúde mental, não bastam as medidas racionalizadoras, de princípios de boa gestão administrativa, de diagnóstico comunitário, de hierarquização, de descentralização de serviços, de regionalização, de sistemas de referência e contra-referência, de participação comunitária e assim por diante, se não se operam mudanças na natureza do saber que se exercita no que se está conceituando como *ato de saúde*.

Refletir sobre a natureza da psiquiatria significa, antes de mais nada, desconstruir este saber, remontar à sua origem histórica, entender o processo de apropriação da loucura como um processo social, enfim, exercitar uma *atitude epistemológica*. Tal é a estratégia de *negação da psiquiatria enquanto ideologia*, proposta por Basaglia, ao pôr em discussão a sua verdadeira função no interior do espaço asilar e no âmbito da sociedade (Basaglia, 1985). Neste sentido, a estratégia da negação refere-se à superação do paradigma psiquiátrico, isto é, ao procedimento de inversão da operação realizada pela psiquiatria, que tem sido a de colocar entre parênteses o doente para, assim, conhecer a doença mental. A inversão, portanto, é o princípio de colocar entre parênteses, não o doente, mas a doença, com o qual se abre a possibilidade de fazer emergir os sofrimentos e desejos do sujeito concreto em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social (Rotelli, 1990, 89).

Pinel, em suas observações sobre a alienação mental, adota o método empirista de Locke e Condillac (Castel, 1978), procurando compreender a alienação (e não o processo que o alienado vivencia), a partir da simplificação da doença em seus sintomas. No mesmo sentido em que Stengers, ao abordar o paradigma da racionalidade científica moderna, poder-se-ia considerar que o método de Pinel faz crer que a doença é a mesma coisa que o delírio, seu sintoma, só que mais complicada (Stengers, 1989).

Utilizando as mesmas premissas da História Natural, os alienistas acreditam que as doenças têm uma natureza própria, o que é demonstrado pela diversidade dos sintomas de um mesmo alienado, e pela semelhança entre os sintomas de um e outro alienado. As doenças são *percebidas* (Foucault, 1978) como uma entidade em si, isto é, como um processo externo aos homens, que apenas para desenvolverem-se utilizam-se destes.

Pinel transporta a loucura para o campo da razão e, neste sentido, possibilita a idéia de curabilidade pois, enquanto desrazão, estava no exterior do processo de hominização. Mas ao inscrever a alienação no mundo da razão, o faz como meia-razão, como razão desarrazoada, por isso mesmo a expressão alienação é escolhida para defini-la.

Dominado por paixões inomináveis, que faz com que todos os demais sentimentos a elas se sujeitem, o alienado deve ser afastado de sua família, de sua cidade, de seu território, para ser reeducado entre-muros, para que lhe seja devolvida a sua condição de humano.

Se o *isolamento*, princípio constituinte da psiquiatria, do asilo e da terapêutica moral, funda-se na idéia de curabilidade da alienação, assim como na relação causa-efeito entre processo civilizatório e processo patológico, torna flagrante, por outro aspecto, a função social desta terapia que precisa excluir aquilo que se pretende incluir. Profunda contradição esta que marca a história da psiquiatria e a de grande parcela da humanidade que não teve um outro destino que não os manicômios! Por outro lado, alienação é um conceito que refere-se à marcante negatividade, periculosidade, irresponsabilidade, impossibilidade de ser razoável. O *isolamento*, mais que terapêutico, é na verdade a primeira medida de psiquiatria preventiva: isolar quer dizer precaver a sociedade dos males que os alienados lhe podem causar.

O processo epistemológico do saber psiquiátrico, ontem como hoje, é exatamente o mesmo daquele iniciado por Pinel: para conhecer a alienação é mister observar os sintomas, o que está na exterioridade, o que é simples, o que é quantificável, para daí deduzir o que é a doença, o que está no interior, na essência, o que é a norma, o que é complexo. O princípio do *isolamento* torna-se medida terapêutica por si só, e não apenas para Pinel, mas para Esquirol, Morel, Kraepelin, para a psicoterapia institucional, para a psiquiatria contemporânea. Ao mesmo tempo em que é um princípio terapêutico, o *isolamento* é também a condição *a priori* do saber psiquiátrico, é a condição que possibilita ao olhar médico conhecer a loucura: é a condição de possibilidade epistemológica da psiquiatria.

Neste processo de isolamento/conhecimento da loucura, a psiquiatria não modifica *apenas* a experiência do institucionalizado com sua loucura, mas a de toda a sociedade que aprende a pensar loucura/doença mental como relacionada ao asilo, como suscetível de reclusão, como negatividade, desumanidade, periculosidade. Birman (1978) chama a atenção para o fato de a psiquiatria ter modificado

a experiência da sociedade ocidental para com a loucura; e eis que a sociedade passa a pensar a loucura tal como a psiquiatria, ciência da verdade da doença mental, diz que deva ser pensada.

Desinstitucionalização e invenção como estratégias

A estratégia da desinstitucionalização é o processo que, partindo da negação da psiquiatria enquanto ideologia, pode ser refletida no sentido que Stengers atribui como o primeiro e mais importante uso da noção de *complexidade*, que é exatamente o de reativar a singularidade da operação que foi ocultada pelo conceito, pois somente assim poder-se-á colocar a questão da necessidade de *inventar* novos tipos de problematização (Stengers, 1989). Na concepção de Rotelli, “o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a *doença*, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (Rotelli, 1990, 27). E mais adiante: “O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo)” (Rotelli, 1990, 90-91).

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o *isolamento*: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade: é “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença.” (Rotelli, 1990, 30).

As reformas psiquiátricas, e mais precisamente as experiências de psiquiatria preventiva e comunitária, tratam de buscar a transformação da psiquiatria sem

superar o seu paradigma clássico. A referência explícita à psiquiatria preventiva, enquanto corpo teórico, e à psiquiatria comunitária, enquanto sua aplicação prática, justifica-se por serem elas as principais referências de planejamento em saúde mental, à medida em que vislumbram uma ação coordenada de intervenção no meio e no processo social.

Utilizando não apenas o mesmo conceito de doença mental da psiquiatria clássica, mas radicalizando-o na sua expressão sociológica, isto é, enquanto processo de adaptação/desadaptação social, a psiquiatria preventivo/comunitária constituiu uma rede capilar de serviços, de multidisciplinaridades, de inúmeros e diversificados espaços de intervenção promocional e preventiva que, acreditava-se, tornariam absolutamente obsoletos os manicômios.

Para Birman (1982: 241), as experiências reformadoras, tais como a comunidade terapêutica, a psiquiatria preventiva e a antipsiquiatria, “foram fundamentais pelo horizonte que entreabriram e pelas inúmeras questões que levantaram, assim como pelo que delas decorreram, seja criticando-as, seja aprofundando-as”, mas, “não tocaram rigorosamente num ponto essencial, qual seja, a dimensão histórica da instituição psiquiátrica. Basaglia se aproximou mais desta questão chegando inclusive, parcialmente, a tematizá-la. Através da interrogação sobre a *dimensão histórica da instituição psiquiátrica*, se atinge um novo limiar para a reflexão das relações entre psiquiatria e sociedade.”

Para Rotelli, “como se pode depreender do balanço crítico esboçado anteriormente, a Psiquiatria nascida das reformas faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no de liberar-se da sua *função* de coação e internação” (Rotelli, 1990: 27). As psiquiatrias reformadas, ou por acatarem o paradigma clássico, propondo-se apenas a ‘renovar a experiência terapêutica da psiquiatria’ (Nicácio, 1989), de forma isolada ou atada ao preventivismo, ou ainda por não terem a dimensão do *manicômio ampliado*, bateram sempre na mesma tecla e reduziram a desinstitucionalização à mera desospitalização.”

Mas, mesmo o ideal da desospitalização não tem sido alcançado, uma vez que ao olhar a doença e ao não problematizar o papel da ciência, promoveu-se uma dilatação do conceito de anormalidade mental, e o ideal da *saúde mental*, objeto construído pela psiquiatria preventiva, tornou-se cada vez mais distante (Birman & Costa, 1994, nesta publicação).

O princípio da regionalização, que deveria servir para aproximar as ações de saúde da comunidade, resultou na ampliação da rede de detecção de desadaptados

e não lhes ofereceu a resposta técnica que aparentemente tinha a oferecer. Com o princípio da hierarquização, que deveria servir para prestar uma assistência de complexidade crescente, indo da atenção aos *problemas* mais elementares, e supostamente de resolução mais fácil, para os *problemas* mais graves, de resolução mais sofisticada, o desfecho não foi outro senão o aumento de demanda produzida em todos os níveis, assim como um aperfeiçoamento do dispositivo psiquiátrico, que Portocarrero (1990) denomina de *dispositivo da saúde mental*.

Os parâmetros de avaliação dos planos preventivistas orientam-se por indicadores de desempenho, tais como diminuição de tempos médios de internação hospitalar, taxas de ocupação, índices de reinternação; ou, quando as metas estão direcionadas para a rede ambulatorial, os indicadores são a ampliação da oferta de consultas, do número de ambulatórios, dos recursos extra-hospitalares (hospitais-dia/noite, pensões protegidas, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, etc), que podem dar uma falsa idéia de bom desempenho, mas não de resolutividade, que é seu maior indicador.

A partir de seu conceito de doença mental, a psiquiatria elaborou os conceitos de cura e tratamento que, da mesma forma, podem também passar pelo mesmo exercício de desconstrução. Para Stengers, a complexidade oferece uma contribuição eminentemente prática, à medida em que não é, “nem nova visão do mundo, nem novo tipo de teoria, mesmo se ela implica novas visões dos saberes e se refere a teorias. A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava.” (Stengers, 1989: 171-172).

Ou seja, se já não estamos mais lidando com o conceito de doença mental enquanto entidade abstrata, que se apossa de sujeitos-objetos, mas sim lidando com sujeitos concretos que vivenciam experiências singulares, estamos de frente a um novo objeto. “E se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)” (Rotelli, 1990: 90-91).

Desconstruindo o paradigma clássico, isto é, colocando a doença mental entre parênteses e desinstitucionalizando o conjunto de aparatos construídos em torno do objeto doença, podemos substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde

e de reprodução social dos sujeitos. Assim é que a atividade terapêutica passa a dar-se com a utilização dos recursos como elementos capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente. É o que Rotelli denomina de aceitar o desafio da complexidade e da multiplicidade da existência: para tanto, não se pode reduzir o sujeito à doença, ao distúrbio de comunicação, nem autonomizar o corpo ou o psíquico, mas somente reinscrevê-lo no corpo social.

Trata-se de um projeto que, em parte, representa um retorno ao fato empírico, sem deixar-se levar pela tentação de cair no mesmo mal do empirismo *lockhiano*, isto é, render-se ao princípio do redescobrir a verdadeira essência da doença. Por outra parte, representa um processo de reinvenção de que cada fato empírico é um universo em si, ou seja, ao mesmo tempo a totalidade e a singularidade.

Para Birman, comentando a proposta de Basaglia, “com efeito, não cabe apenas pensar a relação com a loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico tradicional que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas. Aqui, portanto, o conceito de doença mental está claramente em questão, o que não estava anteriormente” (Birman, 1982, 240).

A este respeito Dell’Acqua (1987) demonstra a possibilidade da competência de outras práticas e discursos sobre a loucura e a doença mental, tornando as instituições não mais e apenas médico-psicológicas, mas *espaços sociais* de reprodução dos sujeitos, de produção de subjetividades, de exercícios de auto-ajuda, de convivência, sociabilidade, solidariedade e integração.

O território como estratégia

A cidade é o lugar da reabilitação
(Basaglia, 1982: 401)

A concepção do território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental. A substituição da idéia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria.

O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de “saúde mental”, mas de reprodução de vida, de subjetividades. Para Rotelli, o que habitualmente se chama de comunidade “pode ser um grande deserto, pode ser um lugar da anomia, mas no território, e não na comunidade, existem forças vivas, e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e com quem devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território devem ser incorporados em nossa prática”. (Rotelli, 1994, nesta publicação).

A desinstitucionalização, embora contemple em suas dimensões a desospitalização, não contempla, em absoluto a idéia de desassistência. De porte das referências que vimos desenvolvendo, os serviços territoriais devem procurar atender às necessidades que as pessoas apresentam, as demandas que lhes são postas à frente. Se a demanda é pela necessidade de afastamento do familiar doente, esta tem que ser atendida. Para tanto, os serviços de saúde mental devem oferecer a possibilidade de leitos, não em hospitais, mas em centros de saúde mental ou em núcleos de atenção psicossocial, que funcionem 24 horas, oferecendo hospitalidade diuturna.

Podem ser criadas outras formas substitutivas ao manicômio, como as consultas e acompanhamentos domiciliares. Há ainda a possibilidade de grupos-apartamento ou *repúblicas*, isto é, residências de usuários que são acompanhados pela

equipe de operadores, como já vem ocorrendo no Município de Santos (mas também em outras cidades), onde o Lar Manequinho abriga 14 ex-pacientes do antigo manicômio local que não tinham recursos financeiros ou famílias para recebê-los. Enfim, são muitas as possibilidades que se inventam no dia-a-dia, tais como as cooperativas, as empresas sociais, os projetos culturais.

A atitude terapêutica pode assim ser baseada não na tutela, mas no contrato, na reciprocidade; não na promessa de cura ou terapêutica enquanto projetos fechados, mas em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento.

Por outro lado, os serviços assim constituídos, não apenas “alternativos” ao manicômio, mas completamente substitutivos ao mesmo, têm uma atuação territorializada, o que significa dizer que assumem completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção nos sofrimentos psíquicos e de mal-estar dos sujeitos em sua sociabilidade no território.

Este é um aspecto fundamental também por permitir descartar alguns equívocos, seja de uma psiquiatria preventiva, seja da criação dos serviços privados de psiquiatria, onde a responsabilidade acaba quando acabam os recursos do cliente ou do poder público que os financia.

Se é necessário algum indicador, que não seja apenas número de consultas, tempos de permanência, e assim por diante. Dell’Acqua nos oferece um que, sem dúvida, falará *alguma* coisa de nossa compreensão de resolutividade, de nosso princípio de estratégias em oposição aos modelos teóricos. Trata-se da capacidade dos técnicos, dos serviços e das pessoas lidarem com o sofrimento-existência dos sujeitos, não a partir de uma nosografia da doença, do sintoma, da ausência, do negativo, que tem marcado a trajetória da doença mental, mas de uma nosografia do positivo, isto é, das potencialidades que têm loucos e não loucos para construir novas possibilidades de subjetividade e vida (Dell’Acqua, 1994).

Referências Bibliográficas

- ANSOFF, H. Igor, 1983. *Administração Estratégica*. São Paulo: Atlas.
- BARRENECHEA, Juan Jose & Trujillo, Emiro, 1987. *Salud para Todos en el Año 2000 . Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*. Antioquia: OPS/OMS.
- BASAGLIA, Franco (org.), 1985. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- BASAGLIA, Franco, 1982. Il Circuito del Controllio: Dal Manicomio al Decentramento Psichiatrico. In: *Basaglia Scritti II* (Fa. Basaglia, org.), pp. 391-408, Torino: Einaudi.
- BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir, 1994. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BIRMAN, Joel, 1978. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- BIRMAN, Joel, 1982. "Psiquiatria e Sociedade". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31 (4), 237-246.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, N. & PASQUINO, 1986. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da UNB, 2ª edição.
- BOURDIEU, Pierre, 1979. *O Desencantamento do Mundo*. São Paulo: Perspectiva.
- CARDOSO DE MELO, João Manoel, 1984. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo: Brasiliense, 3ª edição.
- CARDOSO, Fernando Henrique, 1980. *As Idéias e seu Lugar: Ensaio sobre as Teorias de Desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes.
- CASTEL, Robert, 1978. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- DELL'ACQUA, Giuseppe et alli, 1987. "Risposta alla Crisi". *Per la Salute Mentale/For Mental Health*, 1, 03-23.
- DELL'ACQUA, Giuseppe, 1994. Curso de Atenção à Saúde Mental no Território. Vídeo, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FOUCAULT, Michel, 1978. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- GIORDANI, Jorge A, 1974. "La Planificación como Proceso Social - Un Esquema de Análisis". *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación*, (3): 147-179.
- KEYNES, John M.; KALECKI, Michal, 1978. *Os Pensadores*. Sel. Textos. Paul Singer (org.), São Paulo: Abril Cultural.
- KONDER, Leandro, 1988. O Destino e o Marxismo. In: *O Destino* (AAVV), Rio de Janeiro.
- MARX, Karl, 1986. *A Ideologia Alemã* (Feurbach). São Paulo: HUCITEC, 5ª edição.
- MATUS, Carlos, 1981. "Planificación, Libertad y Confliito". *Cuadernos de IVEPLAN*, 1.
- MATUS, Carlos, 1978. *Estrategia y Plan*. México: Siglo XXI, 2ª edição.
- MATUS, Carlos, 1982. *Política y Plan*. Caracas: Iveplan.
- NICÁCIO, Maria Fernanda, 1989. Da Instituição Negada à Instituição Inventada. In: *Saúde-loucura I* (A. Lancetti, org.), pp. 91-108, São Paulo: HUCITEC.
- OPS/CPPS, 1975. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago: OPS/CPPS.

OPS/OMS, 1971. Hechos que Revelan Progreso en Salud. *Publicación Científica* 227, Washington: OPS/OMS.

OPS/OMS, 1965. Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud. *Publicación Científica* 111, Washington: OPS/OMS.

PORTOCARRERO, Vera Maria, 1990. *O Dispositivo da Saúde Mental: Uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ.

ROTELLI, Franco et. al., 1990. A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização* (M.F. Nicácio, org.), pp. 89-99, São Paulo: HUCITEC.

ROTELLI, Franco et. al., 1990. Desinstitucionalização, uma outra via. In: *Desinstitucionalização* (M.F. Nicácio, org.), pp. 27-59, São Paulo: HUCITEC.

ROTELLI, Franco, 1994. Superando o Manicômio: O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.

STENGERS, Isabelle, 1989. *Quem Tem Medo da Ciência? Ciências e Poderes*. São Paulo: Edições Siciliano.

TESTA, Mario, 1987. "Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud - Parte II". *Cuadernos Medico Sociales*, (39) 3:28.

TESTA, Mario, 1985. Planejamento em Saúde: As Determinações Sociais. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina* (E.D. Nunes, org.), pp. 335-367, Brasília: OPAS.

TESTA, Mario, 1986. *Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación*. Buenos Aires, mimeo.

TESTA, Mario, 1985. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, mimeo.

URIBE, Francisco Xavier, 1982. *Os Determinantes Históricos do Planejamento de Saúde na América Latina*. Dissertação de Mestrado: IMS/UERJ.

Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste¹

Franco Rotelli

Falar da psiquiatria não é muito simples. Porque muitas vezes se criam muitos equívocos. Porque se fala para pessoas, algumas que sabem muito sobre o tema e outras que sabem menos. Neste sentido, às vezes, é difícil saber o que se falar, que poderia ser interessante para aqueles que sabem muito e para aqueles que sabem pouco. Assim, me desculpem, porque vou dar algumas informações que talvez alguns conheçam muito bem, mas que talvez alguns não conheçam, e acho importante poder dar estas informações.

Vocês sabem que na Itália, há dez anos, foi feita uma lei que proibiu a internação no manicômio,² e isso foi fruto de um trabalho que havia sido feito anteriormente há dez ou quinze anos, de uma experiência prática que pôde demonstrar que se podia viver muito bem sem o manicômio. Foi com a demonstração prática desta experiência que foi possível convencer os partidos políticos e as demais forças sociais de que era possível viver sem o manicômio. Vocês sabem que este movimento que determinou transformações práticas tinha também ascendências culturais. Não se tratava, apenas, de humanizar a assistência psiquiátrica, mas se tratava de uma coisa bem diferente: existia uma crítica muito radical assim chamada “neutralidade da ciência”; uma crítica muito radical em relação a como

1 Conferência realizada no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em 23 de Junho de 1989. Tradução simultânea de Maria Fernanda Nicácio. Revisão de Maria Fernanda Nicácio e Paulo Amarante.

2 Lei 180, de 13 de maio de 1978, depois incorporada ao texto da lei geral da Reforma Sanitária, de número 833.

a ideologia dominante busca destruir qualquer forma de diversidade em função de uma exigência de produtividade das pessoas, onde as forças não produtivas são excluídas, e, como a psiquiatria se prestou a esta lógica, legitimando-a com um assim chamado “saber”; legitimando esta ideologia dominante através de sua ação no manicômio, com aparência de uma ciência. Além disso, a experiência italiana pôde fluir também a partir da falência das reformas psiquiátricas nos outros países. Foi possível, graças também a um certo atraso italiano, poder ter como um tesouro outras experiências feitas em outros países, e, portanto, da tradução prática da crítica destas experiências se pôde conseguir não cometer os mesmos erros que foram cometidos naqueles países. Em outras palavras, na Itália, a princípio, se pensou particularmente nos outros países europeus, se buscava ideologias de mudança, como ideologias de recâmbio, que buscavam melhorar as coisas sem tocar na raiz do problema.

A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico.

A experiência francesa de Setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.

Considerou-se, então, na Itália, que estes modelos não poderiam ser úteis para uma transformação real da assistência psiquiátrica. De qualquer modo, nenhum destes modelos conseguiu colocar em discussão a raiz fundamental da objetivação dos pacientes. De qualquer modo, eles nunca conseguiram colocar em discussão, junto com os pacientes, a instituição da psiquiatria. Eles buscavam modificar as práticas psiquiátricas, mas nunca colocavam em discussão a psiquiatria como tal, a psiquiatria como instituição, e por isso mesmo também não colocavam em discussão as instituições produzidas pela psiquiatria. Que isto é verdade é o que nos demonstra que há vinte anos os hospitais psiquiátricos ingleses, ou os hospitais psiquiátricos franceses, tinham a mesma quantidade de pessoas que ainda têm hoje, e as formas de tratamento não foram absolutamente melhoradas. O problema foi, portanto, de colocar em discussão fundamentalmente a relação entre o psiquiatra e seu paciente, implicando nessa relação o conhecimento da instituição.

Mas, o que é a instituição?

A instituição é, para nós, o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos nesta rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente. Ele se ocupa, de tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este saber produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um “bom saber”. É um saber bastante comprometido com a necessidade de exclusão das pessoas, do delegatário que a sociedade dá ao psiquiatra de excluir e segregar as pessoas.

Todas as leis européias até alguns anos atrás eram fundamentadas na custódia e na periculosidade. Na realidade, estas leis tinham como objeto e fim a periculosidade: as instituições psiquiátricas e a psiquiatria eram organizadas em função da periculosidade e da gestão da periculosidade. E com tudo isto o médico, com sua camisa branca, fazia-de-conta ser o terapeuta. Na Itália, as pessoas deste tipo são conhecidas como “inocentes-úteis”. São pessoas que não conseguem saber o que fazem, por que fazem, a quem servem, e elas acreditam que fazem boas coisas, embora não saibam nunca que são pagas exatamente para fazer aquilo que elas fazem. Elas se apresentavam como terapeutas, mas na realidade elas eram pagas para custodiar as pessoas, e a ideologia, no sentido de “falsa-consciência”, era evidente.

Se não se coloca em discussão tudo isto, do nosso ponto de vista, não se consegue mudar de verdade, transformar de verdade a instituição psiquiátrica. A nossa obsessão por transformar os hospitais psiquiátricos, por centrar ali toda a nossa transformação, evidentemente não era por não sabermos, por não entendermos que fora do hospital existe toda uma rede de psiquiatria, mas porque pensávamos que dentro do hospital psiquiátrico estava a raiz do saber psiquiátrico, e se não se tirasse fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia dentro do hospital psiquiátrico, continuar-se-ia a produzir abortos. E qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico,

continuar a reproduzir este tipo de lógica. E foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de desinstitucionalização.

Naturalmente, aconteceu que esta palavra que nós usamos para indicar este processo acabou sendo utilizada para indicar processos de desospitalização. Porque aquilo que está acontecendo em todo o mundo é que se busca modificar as instituições psiquiátricas, porque são evidentemente escandalosas, sem se modificar a psiquiatria. De qualquer modo, desejam imaginar toda uma rede de serviços externos, que não coloca nunca em discussão a própria origem da psiquiatria. Imaginamos, ao invés, que é necessário desinstitucionalizar a psiquiatria, mudar substancialmente a relação entre o médico e o paciente.

As ascendências culturais deste trabalho são facilmente identificáveis. O trabalho de Husserl, pai da fenomenologia, que deu origem a um movimento cultural muito importante, que reconsiderou a função dos sujeitos, contra a reificação que as ciências humanas anteriormente tinham determinado sobre os próprios sujeitos. Uma outra ascendência importante para nós foi, evidentemente, Sartre, com sua noção de luta contra “o prático-inerte”, contra as instituições com suas situações “prácticoinertes”. Também foi importante a escola sociológica de Chicago sobre as instituições totais, mas, certamente, foram fundamentais os movimentos dos estudantes em 68, e em 69 a luta dos operários na Itália. A crítica que nós fazemos dessa situação se torna também uma crítica que envolve ainda outras instituições. Todas as instituições de assistência e controle social, todas as instituições totais, mas também todos os mecanismos de poder que se realizam em todas as instituições. Mas, dentro de um processo de transformação social na Itália foi possível para as forças políticas, para os partidos e para as demais forças sociais compreender alguma coisa daquilo que eles estavam fazendo no trabalho deles. E, numa luta geral pela saúde, que nos primeiros anos de 70 foi muito importante na Itália, ligando as lutas operárias em favor da saúde nas fábricas com a luta antiautoritária dos estudantes, foi possível generalizar uma série de conteúdos presentes no nosso trabalho contra o manicômio. Foi possível chegar a esta nova lei um pouco mais tarde, mas depois, no rastro dos movimentos sociais e políticos gerais da Itália, o mesmo governo que aprovou começou a boicotar a própria lei. E depois de 11 anos após a lei ter sido feita, o governo italiano não deu nenhuma lira para construir os serviços alternativos ao manicômio que foram previstos pela lei, criando, portanto, uma nova crise na situação geral italiana. Mas, se a cultura geral aceitou a condenação definitiva do manicômio, o fato de que depois não tenham sido constituídos serviços alternativos ao manicômio criou o risco de

promover um efeito *boomerang*, e se começou a dizer assim: “sim, estas coisas são justas, porém, são utópicas”, e que, portanto, era necessário mudar a lei. Mas o fato é que esta não foi apenas uma batalha ideológica, foi também uma batalha prática, e, por isso, em uma série de cidades italianas, dentre as quais Trieste, Perugia, Arezzo, Parma e outras, foi possível criar serviços alternativos graças à determinação de grupos de técnicos e graças à algumas situações políticas locais. Ficava absurdo, então, aquele discurso de que a lei era utópica, porque todos podiam ver, ao contrário, que em algumas cidades aquele discurso da lei era uma realidade. Por exemplo, na cidade de Trieste, que não tem nem 300 mil habitantes, no lugar do manicômio foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada bairro da cidade, que funcionam 24 horas por dia, para os quais foram transferidos todos os médicos, todos os enfermeiros e todos os recursos do ex-hospital psiquiátrico. São serviços que se ocupam de todas as “patologias” psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com o respeito total aos direitos das pessoas e com o trabalho para a reprodução social das pessoas. Uma grande quantidade de trabalho domiciliar, com uma rede de cooperativas para reinserir as pessoas no trabalho, com uma rede de apartamentos para as pessoas que não podem mais estar com as suas famílias e, portanto, com um arco de serviços de eficácia e eficiência enormemente superior ao do hospital, mas serviços que têm como a sua bandeira “a liberdade é terapêutica”.

O fato de que em muitas cidades italianas foi possível manter esta situação, embora com muitas iniciativas de governos que fazem propostas para modificar a lei da Reforma, o Parlamento Italiano nunca modificou a lei, e, hoje, depois de 11 anos, finalmente o Ministro da Saúde apresentou um plano para realizar os serviços alternativos em todo o território nacional, com financiamento para os próximos três anos de cerca de 1 bilhão de dólares. Isso quer dizer que, se as lutas ideológicas conseguem transformar-se em situações práticas, é muito difícil voltar atrás. Mas é necessário evidentemente envolver as pessoas, e isto é um grande trabalho.

Atualmente, existem situações muito diversas na Itália, entre o Norte e o Sul; enquanto que no Norte da Itália pouco a pouco estes serviços estão sendo criados, no Sul a situação é muito mais difícil. Mas, é muito importante que tenham sido criadas associações de cidadãos, associações de familiares e grupos de luta para implantar a lei. Em outras palavras, continua o processo de implementação da lei, através da mobilização de forças sociais e, de outra parte, nós nunca imaginamos que a psiquiatria pudesse ser transformada através de uma lei. Nós tínhamos dois

ou três séculos de manicômios atrás de nós, embora a lei, evidentemente, seja um momento importante para ajudar o movimento. Mas, para aquilo que pensa a Psiquiatria Democrática, para aqueles que fizeram de verdade esta luta, provavelmente, a lei foi um momento difícil: na realidade, muitos se iludiram pensando, a partir de então, que caberia ao Estado fazer as coisas que, antes da lei, eram feitas pelas pessoas, e isso, obviamente, foi um erro trágico. Por outro lado, alguns outros da Psiquiatria Democrática se iludiram, pensando que com o simples fechamento do manicômio seria possível acabar com o problema, sem se dar conta, evidentemente, de que o processo da desinstitucionalização não coincide com o fechamento do manicômio.

O processo de desinstitucionalização é aquilo que eu disse antes, ele continua no território, ele continua na comunidade, ou ainda, se torna muito mais importante na comunidade: o processo de desinstitucionalização, do meu ponto de vista, continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio. E, então, o processo de desinstitucionalização do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família têm, fundamentalmente, as mesmas características. É preciso modificar as relações de poder entre as pessoas, fazer de tal forma que, numa dinâmica de poder diferente, não sejam destruídos os pacientes nem os familiares, e, numa sociedade de capitalismo avançado, é necessário que existam serviços que ajudem as famílias; que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva; que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença, que ajudem as famílias a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família. Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade da vida das pessoas e não para seqüestrar as contradições e geri-las tecnicamente, o que significa reproduzir o trabalho do manicômio em toda a cidade.

O trabalho que hoje buscamos fazer em Trieste o identificamos com o termo “empresa social”: tentamos identificar nosso trabalho em todos os centros, em toda a rede de cooperativas, em toda rede que colocamos em pé, como uma “empresa social”. Como alguma coisa que aos poucos parte do específico psiquiátrico e quer se tornar de verdade um tecido para a Saúde Mental, envolvendo os sujeitos sociais mais ativos.

Vocês sabem que aquilo que aqui vocês chamam de comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar da anomia, mas no território, e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados em nossa prática. Então, desta forma, eu creio que nós estamos num bom caminho, que nós podemos ainda ir muito adiante.

O problema geral hoje na Itália é ainda o problema do desencontro com a ideologia de recâmbio, o desencontro da ideologia da troca. Existe naturalmente o grande problema da psicanálise, que poderia dar uma contribuição importante, mas que no meu ponto de vista não dá. Tem os novos saberes sobre as psicoterapias sistêmicas, mas que, também, do meu ponto de vista, não trazem muitas vantagens, porque, mais uma vez, os sistemas são vistos como objetos com os quais se está de frente, que se pode buscar uma manipulação, mas não são vistos, ao invés, como instituições, ou seja, como algo de muito mais complexo, que tem determinantes econômicos, materiais e normativos, e, portanto, algo de muito mais rico, e que implica cada um dos atores também no serviço público psiquiátrico.

Então, nós preferimos continuar a trabalhar sobre as instituições, sobre as micros e sobre as macros instituições, e continuamos a pensar que esta seja a forma de atravessar essas instituições de uma forma crítica que seja a verdadeira forma de fazer saúde mental.

Certamente tem toda uma tendência de individualizar os problemas, mas o nosso trabalho está em reconectar os problemas entre as pessoas, em trabalhar sobre a relação, muito mais que sobre o indivíduo, a relação entre a norma e a diversidade, a relação entre quem pode e quem não pode, a relação entre quem produz e entre quem não produz; essa relação é a grande riqueza. Sobre essa relação nós pensamos que a multiplicidade de trocas entre as pessoas deve ser favorecida pelos serviços, e o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco da loucura. Em outras palavras, é a multiplicação de possibilidades, de oportunidades. E eu fico muito triste quando encontro jovens psiquiatras que se colocam frente à loucura e que pensam ter dentro de si a capacidade de modificar esta situação. Eu penso que isto é um delírio de onipotência que deve ser combatido; eu penso que as oportunidades para um paciente vêm de uma das interfaces. Muito

diferente é a construção dessa multiplicidade de interfaces, o trabalho terapêutico. Eu paro por aqui, porque talvez existam perguntas, porque eu falei um pouco de tudo e um pouco de nada, mas eu já disse no início, e já me desculpei por isso, porque eu não sabia muito bem exatamente por onde falar.

Pergunta: O que vocês definem e/ou fazem em Trieste sob o título de reabilitação?

Em nossa experiência passamos por várias fases. Nos primeiros anos de trabalho no manicômio, nós encontramos aquilo que na Itália se chamava Ergoterapia. Na Itália, ao menos naqueles anos, Ergoterapia era simplesmente a exploração de pacientes para manter o trabalho, para que se pudesse colocar em pé a instituição. Existiam pessoas que limpavam o chão ou que trabalhavam na cozinha, tudo isto por um maço de cigarros, e isto era chamado de Ergoterapia. Naturalmente, nós não aceitamos esta situação e trabalhamos para constituir uma situação de cooperativas, nas quais esse trabalho pudesse ser reconhecido por aquilo que era, ou seja, trabalho. Eu acho que ter um trabalho, possuir um trabalho, possuir dinheiro, um salário, faz bem às pessoas, mas eu acho que não se pode chamar isso de Ergoterapia. Ou seja, o trabalho é um direito do cidadão, não pode ser transformado em tratamento. Embora — repito — possuir um trabalho, possuir um salário, é um elemento de Saúde Mental na nossa sociedade. Então nós fizemos um contrato, nós constituímos a primeira cooperativa e fizemos um contrato de aliança com a administração, para que esse trabalho fosse reconhecido como trabalho; o trabalho de limpeza — portanto, pago — como um contrato e com uma relação entre esta cooperativa e a administração que fornecia este trabalho. Além disso, foi um elemento muito importante, porque naturalmente isto modificou muitas coisas dentro do hospital psiquiátrico, porque isto deu um estatuto completamente adverso, um estatuto de livre cidadão-trabalhador para essas pessoas. Isto também serviu para modificar radicalmente a relação entre essas pessoas e os enfermeiros, por exemplo, porque modificou totalmente a identidade dessas pessoas e, portanto, também a relação. Além disso, isto também fez com que, daquele momento em diante, os enfermeiros não tivessem mais que limpar o chão e pudessem se ocupar de outras coisas. Os enfermeiros são auxiliares que, naquela época, não eram especializados na Itália e que, portanto, podiam deixar de fazer a limpeza e podiam começar a se ocupar de coisas muito mais importantes da relação com o paciente,

e isto produziu notáveis modificações. Mais tarde, ainda no trabalho no hospital psiquiátrico, nós começamos a pensar que o paciente podia se transformar em consumidor mais do que em um produtor. Em outras palavras, muitas das pessoas destruídas pelos muitos anos de hospital psiquiátrico são parte daquela cota de pessoas que continuavam a trabalhar porque eram capazes de trabalhar. Eram, então, pessoas que podiam ser reabilitadas, de forma que elas aprendessem muito mais a consumir do que a produzir.

Em outras palavras, nós gostávamos de imaginar que era melhor que essas pessoas se divertissem do que trabalhassem; em outras palavras, readquirir a capacidade de se relacionar com os outros pudesse passar muito mais através do papel de consumidor do que do papel de produtor.

Nós tivemos batalhas com a administração para ter subsídios, para ter dinheiro para essas pessoas. Quando nós ainda estávamos no hospital, nós abrimos um bar dentro dele, abrimos pequenos negócios de forma que as pessoas pudessem se reacostumar a consumir e que as trocas entre elas pudessem vir através desta forma de consumo. Portanto, todas as festas, todos os passeios e todo esse tipo de coisas tornavam-se um trabalho de reabilitação que passasse, sobretudo, através de um trabalho de ressocialização, e que essa socialização fosse mediada através da possibilidade de consumir em fases sucessivas. Sobretudo quando nós começamos a nos ocupar dos novos pacientes que não tinham a experiência do manicômio, que não tinham estado muitos anos no manicômio.

Começamos a encontrar também pessoas muito jovens, começamos a fazer lutas para que essas pessoas pudessem ser reinseridas nas fábricas, nas empresas, nos trabalhos da cidade. Tinha uma lei geral italiana que ajudava nisto: as indústrias, as fábricas e as empresas são obrigadas a assumir um percentual de pessoas que são consideradas inválidas, mas nós nos demos conta rapidamente que esse caminho não nos levava muito adiante, embora isto tenha sido praticado, e começamos a trabalhar na constituição de outras cooperativas, que têm uma série de características, pontualizada naquilo que nós chamamos de uma sinergia entre o público e o privado.

Em outras palavras, utilizar os recursos públicos, os espaços físicos, o trabalho dos operadores de saúde mental pagos pela administração pública e outras contribuições, com outros recursos da administração pública, e ativar as situações de empreendimento de caráter privado com a forma da cooperativa, que é uma forma de uma empresa qualquer, que busca trabalhar sobre a qualidade, a qualidade

do ambiente no qual se trabalha, a qualidade do produto que se produz, a qualidade da atmosfera entre as pessoas que trabalham e que o produto pudesse ser colocado no mercado. E nós abrimos, então, uma série de atividades, um bar, um restaurante na cidade, uma marcenaria que produz objetos desenhados por um ótimo *designer*, uma loja de bolsas, uma loja de bijuterias, uma encadernação de livros, um pequeno hotel, um centro de produção de vídeo, uma rádio livre e toda uma série de outras coisas. Mas a nossa filosofia é que se deve colocar pequenas coisas juntas, com poucos adeptos a cada uma dessas situações, tentando misturar as pessoas que têm problemas sérios com as pessoas que têm poucos problemas e buscando fazer a formação profissional, mas para o mercado no qual se trabalha muito naquilo a que nós chamamos de a *mediação do objeto*. Em outras palavras, naquilo que a relação não é só de pessoa a pessoa, mas através do objeto que se produz, da qualidade do objeto que se produz, a qualidade do modo como se produz esse objeto, e o fato de que seja um objeto para o mercado, ou seja, um objeto verdadeiro e não um objeto faz-de-conta. Porque, muitas vezes, na Ergoterapia, se produzem coisas que não servem a ninguém, e eu acho que isto não é pedagógico, eu não acho que se faça Saúde Mental ao produzir coisas inúteis, muito embora possa aí existir, certamente, um processo de aprendizagem para o qual se pode utilizar diferentes formas, mas eu acho que é muito mais importante que uma pessoa se empenhe um ano para fazer uma coisa que pode ser vendida do que ela empregar um dia apenas fazendo uma coisa que não serve para ninguém.

Penso também que não se pode nunca trocar o trabalho pela liberdade. Por exemplo, nos hospitais psiquiátricos ingleses existem programas que dizem que quanto mais cedo e melhor você aprender a trabalhar, mais cedo você pode sair do manicômio. Existem escalas de avaliação disto, e isto se chama trocar trabalho com liberdade, e eu acho que isso não pode ser terapêutico.

Penso que através deste caminho das cooperativas se criaram alianças muito interessantes. Fizemos um *slogan* em Trieste: não pedimos aos cidadãos dinheiro para as cooperativas, mas uma hora da sua inteligência. Pedimos aos arquitetos que desenhassem coisas, pedimos aos empreendedores que nos dissessem quais são as faixas do mercado nas quais nós podemos intervir, pedimos para quem entendia de como gerir o dinheiro, quais as melhores formas para gerir o dinheiro, pedimos, então, uma solidariedade ativa dentro de uma lógica da empresa, de empreendimento de coisas, não para assistir às pessoas, mas para ajudá-las a apreender coisas na sua vida. Eu penso que nós estamos tendo resultados interes-

santes nesta fonte, e encontramos muita cumplicidade com as pessoas em relação a isto.

Eu penso que quando se trabalha sobre a qualidade se entende, então, que coisa é a terapia, porque no mundo da marginalização existe apenas um antídoto, um fármaco contra a marginalização, que é a qualidade. Eu acho que isto as pessoas podem entender, e é isso que eu entendo quando falo de empresa social. Depois, no terreno da reabilitação, nós temos uma série de estratégias muito concretas: existem laboratórios de teatro, de pintura e várias outras atividades, mas sempre com a filosofia de buscar, de estar no mercado. Eu quero dizer que é muito importante que se monte um espetáculo de teatro, mas que isto seja feito para levá-lo na praça; andar na praça, fazer um espetáculo teatral é terapêutico, mas falar de Teatroterapia me parece uma perversão. Em outras palavras, eu penso que é terapêutico tudo aquilo que é o acesso aos direitos, tudo aquilo que nos permite revisitar com qualidade a vida. Mas, ao invés, os psiquiatras, na maioria das vezes, fazem o procedimento oposto, usam o teatro, que é uma grande expressão do homem, para transformá-lo em terapia; usam a pintura para transformá-la em diagnóstico e em terapia, e isto é verdadeiramente imperdoável.

Pergunta: Se tivesse que trilhar novamente esses caminhos, lá na Itália, você seguiria os mesmos passos ou tentaria implementar essas propostas alternativas antes de destruir os asilos?

É uma pergunta difícil, no sentido em que eu não desejo vender como um modelo aquilo que fizemos. É o que fizemos, uma experiência concreta e basta, com a qual cada um se confronta. No entanto, porém, é verdadeiro que se olharmos ao redor, por exemplo, no panorama europeu, ou ainda, na América do Norte, ou no Canadá em particular, veremos que todas as estratégias que foram colocadas em pé em torno do hospital psiquiátrico, imaginando que através das iniciativas colocadas na comunidade — serviços, atividades de distritos e unidades sanitárias ou de uma rede integrada de serviços, colocando a Saúde Mental dentro do serviço sanitário da cidade —, não produziram modificação do hospital psiquiátrico. Em Quebec, tem uma rede enorme de serviços em torno do hospital psiquiátrico, e são bons serviços efetivamente, mas existem 10 mil pessoas no manicômio numa cidade com 8 milhões de habitantes. Então, vendo as experiências dos outros países, porque o mesmo vale para a Dinamarca, para a França, para a Holanda, se

não se ativam estratégias específicas em relação ao hospital psiquiátrico se não se coloca uma grande ênfase neste elemento, o hospital psiquiátrico, todos os serviços que nascem ao externo do hospital psiquiátrico, estão cada vez mais dirigidos e, pouco a pouco, vão sendo dirigidos para aquilo que nós chamamos, ou melhor, para aquilo que Castel chama de “terapia para os normais”, ou seja: nascem sempre mais necessidades na classe média, necessidade de reprodução da própria Saúde Mental, e para os profissionais é muito mais gratificante, aos poucos, irem se ocupando dessas pessoas e não do psicótico grave. E, além disso, esses serviços para a classe média muitas vezes são mais bem pagos e, portanto, existe todo um mecanismo social que te leva longe do hospital psiquiátrico e dos seus problemas, mas te leva longe também da loucura e, portanto, se cria uma situação de mercado com a qual você não consegue mais combater, e por isso eu continuo a pensar, embora eu não diga que seja a única estratégia, que é importante começar pelo manicômio. (...)

Pergunta: Eu gostaria de debater um pouco mais o que você falou sobre a questão do teatro, afirmando que não considera válido o teatro como terapia. No sentido de suas colocações, o que você considera como uma deturpação ou como inadequação do teatro terapêutico?

Eu creio que, bem, eu não quero ser esquemático, eu sei que existem boas práticas, qualquer que seja o nome que elas tenham, existem práticas ruins, seja qual for o nome delas, mas de uma forma geral, enquanto discurso geral, eu acho que nós devemos lutar muito contra aquilo que é um patrimônio da humanidade se transformar num patrimônio da psiquiatria. Eu quero dizer que não sou um homem do teatro, e eu não sou um *expert* na questão do teatro, mas eu creio que aquilo que vale para o teatro, que vale para a pintura, que vale para todas as expressões artísticas da humanidade, não deve ser reduzida a qualquer coisa. Eu quero dizer que a beleza é um fato objetivo e creio que quando um grupo faz teatro deve produzir beleza, e se faz teatro e produz coisas feias, eu acho que esta não é uma boa estratégia. Se nós pintamos e produzimos coisas feias quando estamos pintando, pode não ser um grande problema, mas eu acho que nós não estamos em um bom caminho. Eu creio que quando as pessoas querem fazer teatro, quando elas pedem para fazer teatro, deve-se produzir uma coisa bonita. Quando eu digo que, para nós, é importante que o nosso teatro vá para a praça, quando eu falo isso,

eu quero dizer que, então, é importante que se produza uma coisa bela porque nós não vamos para a praça para que depois as pessoas riam de nós, e não que se produza qualquer coisa. Eu não acho que talvez seja muito importante que as pessoas apenas se expressem, eu penso que é muito importante que as pessoas possam se expressar dentro de uma situação que tenha uma qualidade, senão eu tenho impressão que nós estamos de frente para uma ficção, que não serve para fazer se expressar de verdade. Quero dizer que cada forma artística tem a sua lógica e creio que nem todas as poesias são belas e, então, estimular os doentes a simplesmente escrever poesias pode não ser uma grande idéia. Creio que entre os nossos doentes existem pessoas que sabem escrever belíssimas poesias porque nós temos a percepção de uma coisa um pouco misteriosa, que talvez nenhum de nós entenda bem, que efetivamente entre as pessoas que têm problemas psiquiátricos existem muitos que têm uma sensibilidade muita aguda para as formas artísticas. Cada um de nós pode ter mil e uma interpretações sobre este fato, mas não é muito importante as interpretações. A experiência de cada um de nós, esse é um dado de fato, eu penso que se nós encontramos pessoas entre os nossos pacientes que têm efetivamente uma sensibilidade aguda para a questão artística, nós devemos ajudar essas pessoas a se expressarem, porque desta forma nós estamos ajudando a potencializar uma expressão daquele indivíduo, uma qualidade que ele tem e isto é muito importante de fazer se nós pudermos. Mas se nós, por exemplo, pensamos que podemos pegar o Rotelli e tentar fazer com ele um teatro, e podemos imaginar que isto o ajuda, e eu espero que quando eu me torne louco, ninguém me faça essa brincadeira, porque eu não tenho nenhuma qualidade teatral, e se me levarem ao laboratório para me fazer expressar-me e fazem-me ser um palhaço, me parece uma ofensa que fazem a mim. Então, agora eu sei que teatro é uma forma liberadora de coisas no interior da qual se pode se expressar, e isto pode valer mais para as pessoas que têm problemas psiquiátricos, porque entre elas se encontra em geral pessoas com uma sensibilidade aguda, mas quando eu vou por certos hospitais psiquiátricos e vejo situações de teatroterapia que existem, me vem uma enorme tristeza, como nos laboratórios de Ergoterapia inglesa, nos quais das oito às nove se desenha, das nove às dez se faz reunião de grupo, das dez às onze se toma remédios, e ao meio-dia tem o eletrochoque. Eu acho que isto é o que de pior podemos fazer ao doente, ao teatro de uma forma geral. Repito, nós não devemos ser esquemáticos e, talvez, nesse discurso, para que possa ser mais breve, eu também possa ter sido esquemático. Eu sei que existem pessoas que fazem um trabalho desse tipo de teatro com uma enorme inteligência, mas acho que nós devemos estar muito atentos, porque

nós estamos num terreno no qual é fácil acabar sendo perversos, e a psiquiatria é cheia desse tipo de coisas.

Pergunta: Desejaria saber um pouco sobre a especificidade do trabalho nos Centros de Saúde Mental, no que diz respeito ao aporte técnico, e também sobre as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais.

Eu falei que em Trieste nós colocamos para funcionar sete Centros, e cada um desses centros tem características semelhante aos outros. Então, eu vou falar apenas de um, para a gente poder imaginar os outros. E esses Centros foram colocados em casas que se assemelham muito mais a casas de verdade, de moradia, e não a estruturas sanitárias arquitetônicas. Cada um desses Centros se ocupa de toda a população da região, de cerca de mais ou menos 40 mil habitantes. Certamente que isso implica num sistema sanitário bastante desenvolvido que vocês infelizmente ainda não têm, e, além do mais, eu não estou dizendo que se deva fazer assim; você me fez uma pergunta e eu estou respondendo.

Cada um desses serviços funciona 24 horas por dia e tem oito leitos. Em outras palavras, nós pensamos que muitas vezes em situações agudas, em crises agudas, as pessoas têm necessidade daquilo que uma vez se denominava de *o direito ao asilo*, como alguma coisa da qual os hospitais psiquiátricos foram consequência, mas também isso é um direito humano em todo o seu sentido, que foi mais uma vez totalmente colocado ao avesso pela psiquiatria. O direito ao asilo do qual eu estou falando é aquele direito de você poder sair de uma situação de crise quando a situação está totalmente insuportável e poder ser hospedado por outros. Vocês devem ter em conta que a média de permanência das pessoas nesses leitos é de três a quatro dias; vocês devem ter em mente que o regime dessas pessoas ficarem no Centro é sempre voluntário: a lei italiana permite o tratamento contra a vontade da pessoa, é o que se chama de tratamento sanitário obrigatório (TSO). Em 1988, nós fomos constrangidos a fazer o tratamento sanitário obrigatório em cinco casos, apenas em cinco casos, mas em cinco casos, e essa situação teve uma média de duração de 48 horas.

Os Centros estão sempre abertos durante todo o dia, e qualquer um pode entrar a qualquer momento. Em cada Centro trabalham três a quatro psiquiatras em tempo integral e mais ou menos 20 enfermeiros, uma ou duas assistentes sociais, um psicólogo. Existem muito poucos psicólogos na Itália, nos serviços públicos, por

um problema de lei. Depois, se vocês quiserem, alguém pode falar comigo sobre isso. Nos Centros, porém, além desses oito leitos, existem várias outras atividades que se pode também defini-las como hospital-dia, e por isso, normalmente, em cada Centro existe em média 80 a 100 pessoas que freqüentam o serviço durante todo o dia. No Centro se pode comer, e, se existem oito pessoas no leito, existem 80 que estão comendo, 60% das atividades dos profissionais em realidade não é dentro do serviço, mas nas casas das pessoas. Cada Centro tem dois carros, e se faz uma grande quantidade de trabalho nas casas das pessoas. Todos os médicos fazem boa parte do seu trabalho, em termos de visita domiciliar, acompanhados dos enfermeiros, mas muitas visitas domiciliares são feitas apenas pelos enfermeiros. Busca-se trabalhar numa lógica de equipe: cada dia, todos os dias das duas às três, tem uma reunião de todo o pessoal, na qual se decidem estratégias concretas. O Centro, então, pode ser utilizado para uma série de atividades, sejam atividades de grupo, sejam atividades de socialização, sejam atividades de encontro. Nós não utilizamos formas formalizadas de psicoterapia, mas nós sabemos que todo o trabalho do Centro é um trabalho psicoterapêutico que utiliza a rede de relações entre as pessoas, que utiliza a multiplicidade das figuras que estão dentro do Centro e, muitas vezes, se busca construir pequenos grupos, se organizam muitas coisas em comum, como por exemplo: ir ao cinema, ir ao teatro, fazer um passeio, sempre juntos ou em pequenos grupos.

Durante a noite, na realidade, o funcionamento é somente para as pessoas que ficam para dormir, mas da oito da manhã até às oito da noite é para todos. À noite ficam dois enfermeiros, e tem um médico de plantão pelo telefone, em caso de necessidade. Através desses sete Centros, nós conseguimos absorver toda a demanda também dos casos mais graves. Isto é, também os casos mais graves estão no Centro. Não existem clínicas privadas na cidade de Trieste, e o manicômio foi fechado há alguns anos.

De acordo com a lei italiana, em cada cidade, ou em cada unidade sanitária, foi previsto um serviço psiquiátrico construído dentro do hospital geral, que, por esta mesma lei, não pode ter mais do que 15 leitos. Na realidade, em Trieste nós temos apenas cinco leitos, mas buscamos não usá-los nunca, a não ser no sentido de situações de emergência em que a polícia ou os familiares levam as pessoas em situações de crise para o hospital geral, e ali tem sempre um médico do Centro nas 24 horas. Todos os médicos do Centro atuam nesse serviço em sistema de rodízio e, se uma pessoa precisa de uma intervenção muito rápida, isso é feito lá; se é um problema de consulta, ou algum tipo de coisa que se precise de pouco tempo, é

também feito lá; se, ao invés, uma pessoa tem a necessidade de continuidade de cuidados e tratamentos, é chamado o Centro do bairro onde essa pessoa mora, e o Centro vem e pega essa pessoa e, daquele momento em diante, o Centro pensa o que fazer. O objetivo que nós nos damos é o de manter sempre vazios esses leitos do hospital geral, porque não nos parece que o hospital geral seja o lugar adaptado aos nossos problemas mas, ao mesmo tempo, nós temos consciência de que existe uma demanda para o hospital e para poder dialetizar uma demanda, é preciso estar presente; não se dialetiza uma demanda se não se dá uma resposta, precisa estar presente para poder modificar esta demanda.

Pergunta: Qual a relação da universidade com os serviços psiquiátricos? Houve transformação substancial na formação do pessoal? Como são contratados os profissionais que trabalham em Trieste?

Em relação à primeira pergunta, a situação é ainda bastante conflituosa, a maior parte das universidades italianas tem se colocado em oposição à Reforma. Nós temos muito mais alianças, por exemplo, com outras faculdades, como com a Faculdade de Direito, do que com a Faculdade de Medicina. Mas existem algumas universidades italianas que se organizaram oferecendo um serviço comunitário e que trabalham muito bem, mas não são mais do que três ou quatro. Na nossa situação de Trieste, sempre tivemos uma relação conflituosa com a universidade, mas, apenas há pouco tempo, aconteceu que, finalmente, todos os estudantes da escola de especialização, algo como a residência na psiquiatria, ou seja, todos aqueles já graduados em medicina que fazem a especialização aqui, a residência, obrigaram o diretor do Instituto Universitário a tentar fazer com que eles fizessem todo o estágio prático deles nos nossos serviços. Isso foi um fato muito importante, porque nós estamos vendo que as cabeças dessas pessoas se modificam dia-a-dia.

Nós conseguimos abrir uma escola para enfermeiros que a cada ano forma vinte enfermeiros, que é uma ótima situação reconhecida pelo Estado. Em geral, as universidades italianas começaram a dizer recentemente que talvez não se possa mais andar para trás, o que significa, portanto, que começam a se aproximar de nós, mas com muito cuidado.

Mas o pessoal que trabalha com a gente, ou uma boa parte desse pessoal, é composta por pessoas que nós encontramos no manicômio. Nós fizemos um grande trabalho de reconversão dos recursos do manicômio. Por um ano, nós dissemos

para a administração que nós não queríamos que fosse admitido ninguém, que nós queríamos trabalhar com aquelas pessoas que tínhamos, pois nos parecia muito importante poder demonstrar a possibilidade de reconversão dos recursos humanos do hospital. Agora, passados alguns anos, as pessoas são admitidas através de concurso público como em toda a Itália.

Pergunta: Poderia falar um pouco mais sobre as cooperativas e as empresas sociais? Seria possível uma lei que obrigasse as empresas a contratarem o trabalho do louco? Franco Basaglia dizia, em um artigo, que a reabilitação só é possível em um país com pleno trabalho para todos. Qual a sua opinião sobre isto?

Eu acho que é um problema complicado, no qual eu não tenho a verdade. Eu penso, por exemplo, que é muito importante que nós possamos lutar para que essas pessoas possam readquirir a possibilidade e a identidade de trabalho. Mas não a qualquer preço. Em outras palavras, quando nós imaginamos construir as cooperativas, nós partimos da hipótese de que, ao menos na Europa Ocidental (eu não sei se aqui), existe, por um lado, a possibilidade de inovar a situação dentro do mundo do trabalho, que tem uma crise no modo de produzir, que começa a ser percebida por todos. E, de outro lado, porque existe uma série de trabalhos que têm uma qualidade, embora eu saiba que existam muitos trabalhos que não têm uma qualidade, embora, talvez, em muitos trabalhos que nós não pensamos hoje, nós poderíamos encontrar uma qualidade. Talvez eu vá fazer um discurso muito longo, mas olha, nós tentamos estudar esse trabalho de fazer limpeza, que talvez seja o trabalho mais sujo do mundo, em uma coisa que possa ter uma qualidade. Por exemplo, nós tentamos conversar com as pessoas que faziam limpeza, que eram ex-pacientes que, por exemplo, poderiam tentar falar com os outros pacientes para convencê-los a não jogar o cigarro no chão (...) Em geral, os doentes jogam cigarro no chão porque nos manicômios não existem nunca cinzeiros, não porque eles sejam mal-educados, mas, muitas vezes, eles continuam a conservar este hábito. Mas, então, se requer muito pouco: se a mulher que faz a limpeza diz “*dai*³ você aí, não jogue o cigarro no chão”, ela pode dizer isso para ele umas duas ou três vezes e isto talvez crie um momento de qualidade e ensine uma coisa justa. E através de pequenas, de mil pequenas coisas desse tipo, o trabalho de cada um pode

3 N.T.: *dai* é uma expressão de difícil tradução, pois tem vários usos. No caso em questão é geralmente utilizada para chamar a atenção de alguém.

se tornar importante, porque se torna um trabalho de relação entre as pessoas e, quando se trabalha dentro da relação com as pessoas, se pode sempre encontrar uma grande qualidade no fazer as coisas, e isto faz parte do prazer da vida. Em suma, eu acho que isso se pode fazer muito, e o problema mais geral é aquilo que nós dizemos que, se nós trabalhamos sobre a qualidade do objeto, sobre a qualidade da atmosfera no trabalhar e sobre a qualidade do modo de produzir, talvez nós possamos superar aquela aparente antinomia que tinha nas palavras de Basaglia. Eu sei que, certamente, numa sociedade que não tem necessidade do trabalho a reabilitação seria um projeto impossível, mas pareceria impossível também fechar os manicômios. Então, eu creio que a única forma que nós temos para modificar essa sociedade é fazer tudo aquilo que nós conseguimos fazer, como se nós estivéssemos numa outra sociedade, como se tudo fosse possível. Então, desta forma, creio que nós conseguimos combinar algumas coisas, creio que, por exemplo, nós possamos descobrir que existem segmentos de trabalho que, por exemplo, na Europa Ocidental, não são cobertos pelo mercado, e a capacidade do jovem de inventar formas de trabalho que sejam trabalhos que sirvam para usar o cérebro; e isto é notável atualmente na Europa Ocidental. Por exemplo, os amigos de Berlim, com os quais trabalhamos juntos, colocaram em pé uma rede de padarias, nas quais se faz o pão com nome das pessoas, e, assim, pacientes e ex-pacientes ganham um bom dinheiro, ganham bem, se divertem muito, e, portanto, eu creio que isto seja uma boa coisa. Em Genebra, conseguiram que a administração local lhes desse um grande pedaço de terra e colocaram flores; colocaram duas barraquinhas para bar e colocaram tantas pequenas mesinhas. Eles estão muito bem neste lugar. E quando você chega te oferecem pequenas tortas que eles fazem. Existe uma grande alegria, e essas flores que eles produzem lhes dão muito dinheiro. Eu acho que isto é uma prática, e acho que a prática vence sempre sobre a ideologia, mas o que acontece é que nós temos que *inventar* a prática e *inventar* prática que tenha uma qualidade, e é por isso que nos pagam.

Pergunta: Eu queria perguntar sobre a questão do louco que comete delito. Há uma discussão de alguns anos aqui no Brasil que propõe a extinção daquelas instituições especializadas, como o manicômio judiciário. Sabemos que é uma questão polêmica, ou seja, é uma polêmica dentro da polêmica da superação do manicômio por que a legislação penal determina que o louco que cometeu delito

seja recolhido numa destas instituições especializadas. Como o problema foi enfrentado na Itália?

Esse também é um problema difícil. Na Itália existe ainda uma legislação que não foi modificada por aquela da Reforma. Em outras palavras, a lei de 10 anos atrás não tocou nesta questão, e, portanto, nós temos ainda uma lei de 1920, que estabelece que quando uma pessoa comete um ato reconhecido pelo psiquiatra como uma pessoa que tem total incapacidade de querer e de escolher, ela é enviada para o manicômio judiciário. Na Itália existem ainda seis manicômios judiciais, na totalidade existem mil pessoas internadas neste sistema, e isto é ainda um grande problema. Como sair deste problema não é simples, foram feitas várias propostas, mas existe ainda muito debate. Nesses últimos anos, aconteceu apenas um fato novo importante. Primeiro, porque pela antiga lei a pessoa deveria estar no manicômio judiciário, e o número de anos é proporcional ao tipo de delito que cometeu. Mas com a sentença do tribunal superior isto foi tirado. Essa sentença diz o seguinte: aquela lei continua, mas a sentença coloca que não se pode pré-fixar o número de anos que uma pessoa ficará no manicômio judiciário e que quando uma pessoa está melhor deve ser imediatamente liberada. Isso permitiu, de uma forma bastante incisiva, que algumas pessoas não fossem nem ao menos mandadas para os manicômios, porque entre o momento em que ela cometeu o delito, na qual se reteve que ela era totalmente incapaz, e o momento do processo, a pessoa ficou visivelmente melhor, isso se verificou de uma forma bastante forte, sobretudo em casos de infanticídio, nos quais as mães que mataram os seus filhos foram reconhecidas como incapazes naquele momento mas, naturalmente, depois que elas mataram os filhos, elas ficaram bem e, portanto, no momento do processo elas estavam bem, e os juízes imediatamente as liberaram sem nenhuma condenação, porque é incapaz e, portanto, não punível, mas como ela melhorou no estado psíquico ela não pode mais ser encaminhada para o manicômio judiciário.

À parte disso, se por um lado abriu espaços muito interessantes, por outro, aquilo que nós entendemos é que, primeiro, é preciso fazer uma grande batalha cultural contra a globalização de uma incapacidade da pessoa de querer e de entender, porque nós consideramos que, mesmo nos casos mais graves de psicose, a pessoa não pode ser considerada como totalmente incapaz de entender e de querer. Existem pessoas que matam a mulher porque pensam que a mulher colocou veneno na sua sopa. Certamente que a mulher não colocava o veneno na sopa. Talvez ela colocasse o veneno de outra forma, mas ele sabia que estava matando a mulher, portanto ele não era totalmente incapaz de pretender e de querer em

relação ao ato; sabia que matava a mulher e sabia que não era bom matar a mulher, embora ele a tivesse matado, talvez por motivos psicopatológicos. Podemos, talvez, chamar assim para simplificar o discurso. E, portanto, precisamos convencer os psiquiatras de que essa situação de total incapacidade de pretender e de querer se dá somente em alguns raríssimos casos psiquiátricos. Nós consideramos que isso é totalmente excepcional, mas também não excluimos isso de tudo o que possa acontecer, por exemplo, em casos de presença concomitante de um fator físico, por exemplo, nos estados confusionais, isso quer dizer que talvez em alguns raríssimos casos possa ser mantida essa total incapacidade de pretender e querer. Mas, segundo o estudo que eu fiz, vocês me desculpem, há vinte anos, quando eu tinha acabado de me graduar e comecei a trabalhar na manicômio judiciário, em relação a 300 pessoas que existiam ali. Eu considero, e digo para vocês, que talvez somente uma pessoa fosse totalmente incapaz de pretender e querer no momento do ato, mas eles todos foram considerados como totalmente incapazes de pretender e querer dentro de um automatismo lógico da cabeça dos psiquiatras, que derivava do diagnóstico. Se o diagnóstico era esquizofrenia, por exemplo, para os psiquiatras o juízo, a avaliação da total incapacidade de pretender e querer é automática. Portanto, a gravidade do diagnóstico levava a esse julgamento, mas, ao invés disso, penso que, mesmo no diagnóstico mais grave, e estou falando também dos diagnósticos mais graves, uma coisa são esses diagnósticos e outra coisa é a incapacidade de querer e pretender. E em qualquer homem, por mais que seja louco, há uma subjetividade que se expressa e que deve ser respeitada. Se mato a minha mulher, eu quero que seja considerado este meu ato; eu não quero que seja anulado. E se fizermos essa batalha em relação à total incapacidade de pretender e querer, nós estaremos ao mesmo tempo fazendo a batalha em relação ao manicômio judiciário, porque é assim, pelo menos, na Itália. Mas eu penso que em todos os países do mundo o que define o manicômio judiciário é esse julgamento de total incapacidade de querer e pretender.

Em outras palavras, é também uma grande batalha cultural para reconhecer uma dignidade à loucura e ao ato do louco. E se poderia dizer evidentemente que isso leva ao fato de que o esquizofrênico, por exemplo, que mata a mulher, vai acabar no manicômio judiciário pelo resto da vida, e isto também não é justo. Aquilo que nós propomos na Itália é que sejam reconhecidas situações de semi-enfermidade e que se tornem a regra, a norma, eliminando quase sempre a total enfermidade, e, se existe uma situação psicopatológica importante, que exista a pena como reconhecimento da dignidade de um ato, porque se todos os cidadãos quando cometem um delito têm uma pena, então também o louco deve ter uma

pena quando comete um ato, levando-se em conta o fato que nós podemos ser contrários a todas as penas, mas isso seria uma outra coisa. Ele deve ser punido, então, mas sua pena deve ser muito reduzida em relação a esse estado psicopatológico. E no código italiano existe a possibilidade de muitas alternativas à prisão, em muitos casos que existam uma sanção penal fortemente reduzida, e que essa sanção penal seja desenvolvida sobretudo com formas alternativas à prisão, e isso, na verdade, de alguma forma, já está acontecendo, embora não tenha nenhuma mudança na legislação para isso, mas não precisa de nenhuma mudança na legislação para fazer isto, e com uma prática de relações com a magistratura, em muitos casos, nós conseguimos que se adotassem este procedimento, e isso tem criado um campo de ação e de possibilidades de uma relação totalmente diferente, entre nós e os juízes, daquela que tinha no passado.

Pergunta: Uma pergunta bastante específica: parece que é uma coisa histórica, em grande número de países na Europa, a contratação de gente sem qualificação para trabalhar na área de enfermagem, principalmente na área assistencial. Eu gostaria de saber se lá na Itália existe ou não o profissional de enfermagem com especialização na área de Saúde Mental.

No passado, evidentemente, não tinha nenhuma boa formação, e as pessoas eram contratadas somente porque eram fortes e robustas. Mas, a partir de poucos anos atrás, elas têm que fazer três anos de escola de enfermagem profissional, muito embora a parte desse tempo que se refere à psiquiatria é bastante pequena. Por isso, nós criamos uma escola que representa o quarto ano, ou seja, um ano inteiro somente de psiquiatria em tempo integral. São mil horas entre prática e teoria, no ano, com diploma de especialização em enfermeiro psiquiátrico. Dessas mil horas, a metade é dedicada à prática em nossos centros e a outra metade à formação teórica, evidentemente, com um novo tipo de postura, de uma nova forma de trabalhar na comunidade. Mas, em geral, as escolas de enfermeiros — especialmente na Europa — são muito centradas sobre o hospital no modelo de formação, e ali se faz a formação, se faz a prática e a teoria ancoradas nesse tipo de prática, a prática hospitalar.

Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber

Denise Dias Barros¹

Desinstitucionalização ou desospitalização ?

A noção desinstitucionalização delimita-se no interior dos processos de reestruturação socio-institucional das sociedades européias e americana após as duas Guerras Mundiais (Gallio, 1990), onde os Estados Modernos passaram a responsabilizar-se (oficialmente) pelos chamados Problemas Sociais, ou seja, confunde-se com a própria história da constituição da maturação da democracia americana e européia. Nesse quadro, os intelectuais (Gramsci, 1985) adquiriram um espaço crescente na organização e administração da vida social que se torna, cada vez mais, gerida segundo critérios científicos, racionalidade que se caracteriza por realizar um nexos linear entre conhecimento científico e solução racional (técnica) dos problemas identificados.

Os desdobramentos que se seguiram à reestruturação dos países europeus e redefinição das políticas sociais nos EUA representam fontes importantes de propostas de mudanças nas formas do ordenamento do social. A assistência que efetivou na América e nos países da Europa Ocidental possuía algumas bases comuns, sendo, no entanto, diferenciadas quanto às propostas práticas que produziram.

¹ Professora assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências Sociais pela PUC-São Paulo e doutoranda pelo Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP.

A Europa encontrava-se imersa num ambiente marcado por duas guerras, onde um debate intenso de redefinição da política, da economia e uma reorganização institucional e Ética se impunham. Seria nesse clima que a situação dos hospitais psiquiátricos provocaria a comoção da sociedade, tendo sido estes muitas vezes comparados aos campos de concentração. É importante enfatizar que cada um dos países elaborou respostas próprias segundo a especificidade de suas histórias e da visão adotada em relação à doença mental e loucura.

O processo americano parece mais diretamente ligado à necessidade de redefinição do papel do Estado na regulação capital-trabalho. Tal discussão é aflorada com a crise de 1929, mas vai ganhar força em termos de mudança da assistência à população na década de 60, durante o governo Kennedy. Nesta época, os americanos criaram o termo desinstitucionalização para designar os processos de “alta” e de reinserção dos pacientes psiquiátricos na comunidade.

Esse debate deve ser entendido, portanto, no interior da história da constituição das Políticas do Bem-Estar Social, onde o Estado inicia um processo de centralização de um complexo de funções administrativas, distribuição de recursos. A assistência é reorganizada e compreendida como motor de desenvolvimento social. A administração da doença e da marginalidade no interior de uma lógica comum (terrenos de investimentos) promove a passagem do custodialismo ao assistencialismo (Gallio, 1990).

A assistência torna-se um empreendimento econômico, pois transforma-se em terreno de investimentos produtivo. Assim, o caráter privado da miséria, pobreza e marginalidade, que vinham sendo compreendidos como culpa, passaram a constituir um problema público que deveria ser administrado, levando à necessidade de controle do próprio tecido social que o gera. Os desviantes saem de sua anomia e começam a entrar num circuito de dependência. Esta é dupla face da assistência: circuito de direito e, também, de dependência no qual devem entrar pobreza e desvio.

Sabemos que os manicômios têm sido lotados por pessoas de menor poder contratual e com menor acesso aos sistemas de tratamentos. Portanto, censurar o debate ou realizá-lo superficialmente permite que permaneçamos fechados numa ideologia terapêutica ou numa vocação terapêutica de tratar e de fazer muito bem o que se faz sem nos inquietarmos com o lugar e o contexto onde estamos inseridos.

Nas políticas de saúde mental, européia ou americana, a disputa era travada entre o modelo clássico da internação e segregação e a proposta da intervenção

territorial, pela qual o doente mental poderia ser tratado mais eficazmente em serviços comunitários. Essa divergência tem sido acirrada e conflituosa.

A opção política e teórica pela desinstitucionalização revelou e produziu conteúdos diferenciados, segundo a opção que se adotou para o enfrentamento prático das questões que envolvem as instituições manicomiais. Discutiam-se duas possibilidades. A primeira, representada pelas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, privilegiou a criação de serviços assistenciais na comunidade, deslocando a ênfase anteriormente posta no hospital psiquiátrico, cujo enfraquecimento viria como consequência obrigatória. Os italianos definiram-se por um segundo caminho, enfatizaram a necessidade de se partir do interior do manicômio, criando condições para a sua desmontagem, subvertendo sua lógica e funcionamento. Uma postura que procurava trabalhar de forma lenta mas, decisiva, na desconstrução do manicômio e, simultaneamente, na construção de serviços territoriais.

No campo psiquiátrico, a desinstitucionalização norte-americana constituiu-se num processo de desospitalização e de racionalização de recursos, criando uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta de hierarquização da assistência.

Após um primeiro momento de denúncia da violência das instituições totais (representado por trabalhos como o de Goffman, publicado no Brasil em 1974), a desinstitucionalização assumiu um caráter de desospitalização ou transinstitucionalização. Ou seja, ocorreu um processo de altas administrativas, com transferência de pessoas (principalmente casos crônicos) para instituições não psiquiátricas (asilares), para instituições menores ou, ainda, para instituições privadas. Também o abandono nas periferias das cidades fez parte das soluções dadas pelos administradores. A desmontagem recaiu sobre as grandes estruturas hospitalares, e a ênfase dos centros assistenciais voltou-se para a prevenção de uma população considerada de risco. Desta forma, alargou-se o raio da ação técnica e não se buscou criar soluções capazes de responder à demanda que já existia. Resultou deste processo a constituição de uma população que passa a girar de uma instituição a outra (situação conhecida com *revolving door*) e onde nenhum serviço assume a assistência global das necessidades do paciente (De Leonardis, 1990).

Isto não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado. O manicômio alimenta a necessidade de sua própria reprodução como enfatiza Giovanna Gallio (1990). Em sua suposta capa-

cidade de circunscrever o contágio da doença mental, termina por ser o lugar da contaminação, isto é, da lógica e da cultura que é a aceitação da violência.

Podemos dizer que se assistiu a um contágio da cultura manicomial. A psiquiatria reformada torna-se uma instituição difusa no tecido social, sem transformar ou rever os paradigmas que haviam criado o asilo. Embora a internação não ocorresse mais em macroinstituições, o doente continuou a viver sem condições para o exercício dos direitos.

O processo italiano representa um contraponto fundamental, pois segue uma trajetória prática e teórica diversa. O movimento de transformação da psiquiatria, tardio na Itália, fazia dos acertos e falimentos de outras experiências européias e norte-americana uma fonte de reflexão. Fez alianças com outros movimentos sociais e sindicatos, radicalizou a força das denúncias sobre a instituição psiquiátrica, criando caminhos para sua desmontagem. O que significou, também, a desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidam dentro do saber psiquiátrico.

A chamada experiência italiana iniciou-se, em 1961, com a transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia em comunidade terapêutica e sua tentativa de superação da internação manicomial, que, contudo, foi impedida pelas forças políticas locais. A partir de Gorizia, inúmeras experiências tiveram início, sendo a mais famosa delas aquela de Trieste. As duas experiências (Trieste e Gorizia) iniciaram-se sob a batuta de Franco Basaglia. É importante assinalar que outras cidades desenvolveram importantes trabalhos de transformação da assistência psiquiátrica com Arezzo, Peruggia, Parma. A Psiquiatria Democrática Italiana congrega, ainda hoje, um grande número de situações e experiências (Barros, 1994).

Na Itália, havia, em 1965, mais de 100 mil pessoas internadas. Nos primeiros anos da década de sessenta, um grupo de psiquiatras iniciou, no manicômio de Gorizia, um trabalho de humanização do hospital. O modelo era o da comunidade terapêutica inglesa, no qual procurava-se abandonar a violência como recurso, eliminando-se do cotidiano institucional práticas repressivas como a proibição do uso de roupas próprias, sistemas de punições, banhos coletivos, eletrochoques, impregnação provocada pelo excesso de psicofármacos e os quartos fortes.

O processo de desinstitucionalização, em curso na Itália, realizou-se com dificuldades e retardo com relação a outros países. No início dos anos 60, a psiquiatria encontrava-se numa situação de descompasso mesmo com outras áreas

da assistência nacional. Esta situação de atraso é vista como fator importante para o seu radical impulso e para que se configurasse seu caráter fortemente social.

A proposta italiana representa um confronto não apenas com o hospital psiquiátrico, mas, também, com o próprio modelo da comunidade terapêutica inglesa e com a política de setor francesa, embora tenha conservado destas, respectivamente, o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.

A escolha inicial do modelo da comunidade terapêutica significou uma referência genérica capaz de justificar o princípio da negação da realidade manicomial através da negação de qualquer classificação nosográfica e foi válida até que a realidade institucional mudasse sua face, revelando novas contradições. O doente permanecia ainda objeto de violência, considerado como homem sem poder social ou econômico, uma presença negativa. Ao mesmo tempo, tornou-se evidente, a partir das propostas de transformação institucionais que ocorreram na Europa e nos E.U.A., que os pobres eram os que mais sofriam essa violência.

A psiquiatria democrática vai procurar decodificar a demanda presente no manicômio e perguntar-se quem eram, do ponto de vista sociológico, as pessoas que estavam internadas, mostrando as incongruências entre a definição abstrata da doença mental (sobre a qual se erguem as instituições) e as necessidades da pessoa. Animado por esse debate, Basaglia (1982:257) afirma que:

“O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício – a doença – da existência dos pacientes e do corpo social, construindo sob essa separação artificial aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos referidos à doença”.

O movimento de desinstitucionalização revelou o manicômio como *locus* de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade. O conhecimento a respeito do sofrimento psíquico e mesmo a ação dos operadores em saúde mental não poderiam, para a equipe triestina, desconsiderar a realidade do asilamento, que é anterior à constituição da doença mental. A desinstitucionalização deveria, assim, concretizar-se na desconstrução do manicômio.

Periculosidade social versus cidadania contradições inerentes ao lugar dos profissionais de saúde

Em um texto publicado na Itália, em 1975, Franca e Franco Basaglia aprofundam a questão do lugar do técnico em nossas sociedades e da delegação social que se produz. Discutem a atribuição cada vez maior que a sociedade faz aos saberes especializados para que estes encontrem as soluções de problemas, paradoxos e/ou contradições da vida e da convivência. Afirmam que dois tipos de guerras delineavam-se nos anos sessenta e setenta. Por um lado, a guerra imperialista e os movimentos anti-imperialismo e, por outro, a guerra que se perpetua no cotidiano; a violência, a crueldade como norma de paz e de ordenação social. Desta forma:

“Hospitais, cadeias, manicômios, fábricas, escolas são lugares nos quais se leva a cabo e se perpetuam esses crimes em nome da ordem e da defesa do homem. Mas o homem que se quer defender não é o homem real, é aquilo que o homem deve ser depois da cura, do doutrinação, da destruição e achatamento de suas potencialidades, a recuperação. É o homem cindido, separado, dividido, sobre o qual é possível este tipo de manipulação para sua total adaptação à ordem social que vive da criminalização e do crime”. (Basaglia, 1977:78)

Nos últimos vinte anos, entretanto, podemos dizer que uma tendência diversa vem se delineando. Assistimos a uma politização e socialização da medicina e dos problemas antes considerados de natureza estritamente médicos.

Com base na experiência que se desenvolvia em Gorizia na década de 60, promoveu-se na Itália uma série de debates que, em consonância com a efervescência daquele período, procurava criticar e redefinir o papel dos técnicos de saúde, considerados como intelectuais na acepção gramsciana. A questão permanece, ao nosso ver, atual. O contraponto fundamental era com a idéia crescente de super-especialização na esfera da ação social. Procurava-se alargar o campo de responsabilidade política e social do profissional de saúde, ao mesmo tempo que se questionava a pretensa neutralidade do saber e da técnica. O profissional de esquerda não poderia militar no partido e continuar reprodu-

zindo ao nível do cotidiano de trabalho, a ideologia que combatia noutro momento e lugar.

Por um lado, entra em crise a idéia de adequação do saber constituído sobre pressupostos da ciência burguesa aos propósitos de emancipação do proletariado. Afirmava-se que não seria possível permanecer escondidos atrás da suposta neutralidade e universalidade do saber. Por outro lado, alargava-se a responsabilidade e a importância do profissional em promover uma transformação cultural a partir do próprio lugar que ocupa na divisão do trabalho social. Isto é, a questão que se debatia viria da própria militância, pois interrogava-se sobre o lugar dos intelectuais (filhos da burguesia, para usar o jargão da época), sobre qual seria o melhor caminho de modo a servir a causa operária: tornando-se ele próprio um operário ou assumir o papel de médico/ cientista/ professor, ainda que correndo o risco da ambigüidade inerente a esses papéis.

Aqui entra novamente em jogo uma cumplicidade histórica da medicina com o judiciário. No contexto das sociedades modernas, os técnicos assumiram um papel fundamental na formação e hegemonização de valores. Mas a recusa dessa delegação aos intelectuais e aos técnicos (de guardiões dos valores e poderes constituídos) comporta, para Basaglia, um uso dialético do papel e da delegação, através da crítica teórica e prática à ciência e às instituições.

A luta pela cidadania constitui um dos pilares da desinstitucionalização. A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela Psiquiatria Democrática. Procuraram equacionar de maneira diversa a relação loucura – periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas.

A Psiquiatria Democrática iria, em primeiro lugar, radicalizando a idéia de separação entre loucura (o fenómeno existencial de determinadas manifestações humanas) e doença mental (entendida como uma produção intelectual, como uma forma determinada de interpretação). Em segundo lugar, provoca uma cisão na equação louco = perigoso, ao revelar dimensões mais complexas, percebe-se que o louco pode ser e pode não ser perigoso e que esse aprisionamento termina por justificar (em nome do risco que não se pode correr) a exclusão e a segregação, portanto, a punição ao adoecimento. É este processo que Basaglia define como

criminalização da doença. Um crime de paz, um crime ainda realizado através de ações e saberes técnicos, que, por sua vez, justificavam e ratificavam. A pessoa é punida através da segregação manicomial e da perda de direitos. Em consonância com o pensamento de Foucault, Franco Basaglia (1977:83), afirma que:

“a ideologia do castigo sobre a qual se fundamentam a prisão e a ideologia médica, ou melhor dito, a ideologia da irrecuperabilidade da enfermidade, sobre a qual se fundamenta o manicômio, são de fato totalmente estranhas ao problema da delinquência ou da enfermidade. Sua função é de contenção do desvio e, portanto, de controle dos mesmos [...] Mesmo que as novas interpretações tendam a explicar e justificar em termos de dinâmica psicossocial, tanto a falta como a enfermidade, a realidade é que as instituições nas quais ambas são relegadas continuam baseando-se no conceito de culpa a expiar, a pagar por meio do castigo, inclusive no caso da enfermidade”.

Sendo assim, a negação do manicômio deveria levar a sua desconstrução uma vez que não pode haver nada de terapêutico em relações de desigualdade, sem reciprocidade possível entre terapeutas e pacientes, entre estes e sua família. Apenas nos espaços de liberdade, de exercício da cidadania é que devemos orientar as ações em saúde mental.

“O que se revelou anti-terapêutico e destrutivo não foi uma técnica qualquer ou um instrumento específico, uma nova técnica no velho terreno mascara contradições... Também as contradições podem ser geridas”(Basaglia, 1985:118).

Resumindo, para os italianos, o objeto da psiquiatria deve ser o sofrimento psíquico ou a existência-sofrimento (Rottelli In Nicácio, 1989:17-59), sua relação com o corpo social e o papel do técnico estão centrados na necessidade de reprodução social em serviços na comunidade que efetivamente substituam o manicômio. Não se trata, portanto, de criar alternativas, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, ao mesmo tempo, o contágio cultural em termos das teorias e valores a ele vinculadas.

“Atuar nas instituições da violência [...] significa descobrir praticamente a verdadeira lógica, dando a quem vive em seu interior a possibilidade de uma tomada de consciência prática dos mecanismos nos quais se fundamentam. É neste sentido que o trabalho do técnico se revela e atualiza como explicitamente político, unindo especificidade particular de sua ação à estrutura social da qual a instituição faz parte, descobrindo praticamente suas conexões e implicações.” (Basaglia, 1985:19).

Assim, reforçados pelas experiências de desinstitucionalização realizadas no exterior e, também, em curso em nosso país, uma responsabilidade histórica é reatualizada no sentido da desconstrução das amarras políticas e culturais que ainda hoje fazem perpetuar as instituições da violência, das quais o manicômio representa uma situação emblemática. Sua existência exerce um poder normativo, agindo como domínio e redução do universo complexo do sofrimento que passou a assumir os contornos da linguagem psiquiátrica.

Basaglia afirmava que o importante era transformar a linguagem reduzida ao saber médico para torná-la mais rica, própria a sujeitos e não a objetos. O conhecimento acerca do sofrimento não poderia desconsiderar a realidade do asilamento, a partir da qual se criou e desenvolveu o saber médico-psicológico.

Cidadania plena para o doente mental: a posição triestina

Na Itália, uma lei proibiria, em 1978, novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença mental e a noção de periculosidade social. Atualmente, mesmo durante o tratamento, a pessoa conserva seus direitos e deveres civis.

As transformações introduzidas pelas práticas de intervenções psiquiátricas nas cidades italianas, que inspiraram o movimento de reforma e as inovações normativas provocadas pela aprovação da Lei 180, criaram um campo de tensão nas relações entre psiquiatria e justiça.

As principais modificações que a Lei propõe são: a abolição (ainda que progressiva) dos hospitais psiquiátricos com um direcionamento para os serviços territoriais; as enormes restrições ao Tratamento Sanitário Obrigatório com garantias jurídicas ao paciente psiquiátrico e o princípio de responsabilidade sanitária.

Tudo isto levou a uma dissolução do nexo causal e imediato entre doença mental e periculosidade social, fruto do pacto historicamente constituído, onde se delimitou as competências recíprocas, entre psiquiatria e justiça.

As inovações no âmbito psiquiátrico, que em muitos países levaram a assistência psiquiátrica a questionar o custodialismo, abriram novos e múltiplos problemas teóricos e práticos entre a psiquiatria reformada e justiça penal.

Na Itália, as normas legislativas que governam os manicômios judiciais fazem referência, principalmente, ao chamado Código Rocco de 1931. A noção de periculosidade social do doente mental presente no referido Código Penal considera o problema psíquico como entidade aistórica, tendencialmente imutável em suas características e efeitos, e impermeável a influências externas.

É importante assinalar que, em 1968, a Lei n.431 criou uma primeira cisão na antiga legislação do início deste século (1904) ao regulamentar a internação voluntária e a involuntária. Na internação voluntária ficavam garantidos os direitos civis do paciente internado e, permitia transformar internações involuntária em voluntárias.² Apenas em 1978, portanto, com mais de quinze anos de discussões e práticas inovadoras, foi aprovada pelo Parlamento a tão alardeada Lei 180, posteriormente englobada na Lei 833 da Reforma Sanitária Nacional.

Sobre dois postulados básicos se apóiam a aplicação de medida de segurança ao doente mental: inimputabilidade-periculosidade do sujeito, que impõe sua separação da comunidade, e a suposta terapeutividade da instituição psiquiátrica judiciária. Repropõe-se, portanto, a idéia de tratamento através da tutela e custódia. No entanto, a própria Corte Constitucional Italiana terminou por afirmar (sentença 139/82) que não existe um nexo automático entre doença mental e periculosidade, mesmo quando o infrator seja enfermo mental (De Leonardis, 1988:8).

Observa-se, assim, que embora se reconheça o caráter antitético das duas instâncias, tratamento e custódia, é a instância custodial que prevalece através da justificativa de medida de segurança social.

No plano terapêutico, foi preciso redimensionar a noção correlata, ou seja, aquela de irresponsabilidade do louco. A imagem do doente mental vem frequentemente associada a comportamentos violentos e agressivos, mas as práticas

2 Além disto, introduz dois outros elementos importantes: a determinação de que as enfermarias não poderiam conter mais de cem pessoas e a criação de dispensários ambulatoriais para fornecimento de medicação.

antimanicomiais têm demonstrado como os estereótipos da periculosidade e da incompreensibilidade do doente mental encobrem ou impedem que a situação de sofrimento seja superada. A periculosidade evidenciada na transgressão da sempre associada doença (único objeto da psiquiatria) deve ser relida hoje, para se tornar compreensível através de todas as passagens que levam à crise e aos comportamentos que desencadeiam os sistemas sociais de emergência.

As práticas desenvolvidas ao longo das experiências de transformações da psiquiatria, o posicionamento da Corte Constitucional e a Lei 180 permitiram que fosse rompido a vinculação histórica entre periculosidade social e doença mental, cujo elo, no plano jurídico, era fornecido pelo postulado da inimputabilidade.

Abriu-se, desta forma, um difícil debate sobre o princípio de incapacidade ou, ainda, da não responsabilidade do doente mental frente a seus atos. Seria a pessoa em sofrimento psíquico capaz de entender, discriminar, escolher? Descobriu-se que ao desvincular o elo doença mental e periculosidade-inimputabilidade seria possível investigar caso a caso, analisando cada história, cada processo para que fosse possível definir se aquela pessoa acusada de ato infrator tinha ou não posse de suas faculdades mentais plenas.

Segundo a socióloga italiana Otta De Leonardis (1990), os problemas que estão sendo debatidos, principalmente na Itália e EUA, referem-se essencialmente à questão da incapacidade do doente mental em responsabilizar-se pelos atos da vida civil, sobre o papel da perícia, a legitimidade do hospital psiquiátrico judiciário e a competência psiquiátrica no que se refere à periculosidade social. Discute-se, enfim, o próprio conceito de periculosidade social como instrumental para o controle social (Cohen, 1985),³ pois, se a noção de periculosidade foi posta em crise no plano do discurso científico e nas práticas antimanicomiais, no plano operativo (de grande parte dos países europeus e americanos) sua competência tem se expandido (Robert, 1982).

O Centro de Saúde Mental (C.S.M.) em Trieste e o movimento de reforma psiquiátrica italiana desenvolveram, através do princípio de *presa in carico*, uma forma de se superar a estreita relação, mantida na história, entre periculosidade social e doença mental. Sem subestimar o desafio que teriam, optou-se por uma estrutura territorial capaz de responder a tudo aquilo que o manicômio atendia, mas garantindo o direito à vida em sociedade e o direito à cidadania.

³ Incluindo todas as instituições sociais que obtém o comportamento desejado através do uso da força ou da coerção. Sobre a definição de *social control* ver T.PITCH, 1985 e S. COHEN, 1985.

A prática nos centros abertos 24 horas e sem possibilidade de selecionar a demanda, constantemente alimentada por múltiplos e complexos pedidos de ajuda, demonstrou que a periculosidade do ato só pode ser enfrentada através da capacidade do serviço de pôr-se em crise e de se transformar no confronto com novas necessidades. Uma vez definindo que a relação não seria com a doença mas com a pessoa que sofre, não seria possível trabalhar com base em critérios pré-definidos, generalizadores e igualmente válidos para todos, ou, para a mesma pessoa em situações diversas.

O redimensionamento cotidiano do conceito de periculosidade é tido, ainda nos dias atuais, como pedra basilar do trabalho. Não se pode mais falar em periculosidade enquanto uma categoria abstrata que diz respeito apenas ao indivíduo, devendo ser lida no interior de interações entre sujeitos, instituições e contexto social. Percebe-se, então, quanto a própria organização social e as suas instituições podem ser perigosas para o sujeito quando não permitem ao cidadão o acesso aos instrumentos para sua reprodução ou não estejam em condição de responder às suas solicitações. Quando a periculosidade é reconhecida como a única expressão possível do sujeito, as múltiplas facetas de sua existência não encontram condições para sua expressão, fator esse que, por ser essencialmente redutor, impede o equacionamento de suas necessidades.

Os questionamentos e redimensionamento desse conceito implicam num estilo de trabalho que evidenciam e valorizam a pessoa, tornando progressivamente esvaziado de significado o atributo de periculosidade. Trata-se de fortalecer uma visão dinâmica e histórica da doença enquanto evento da vida, não é mais possível representar a doença como fratura na continuidade da existência. A história não é vista como explicação da crise, mas como seu contexto; a crise é considerada um evento no curso do tempo que pode ser superada. Afirmar que a doença não totaliza o indivíduo significa dizer que uma pessoa pode estar mal, mas continuar a viver em sua casa, e que os serviços de saúde mental podem jogar melhor com a contradição saúde-doença sem aprisioná-lo em sua doença.

“O comportamento foi progressivamente, no curso da história, objetivado e fechado nos cânones previstos pelo diagnóstico. O paradigma psiquiátrico apresenta-se como falsamente indutivo; na realidade, ele busca uma correspondência entre comportamento do sujeito e uma série de esquemas pré-formulados (as síndromes)... em termos clínicos, a história representa apenas a pesquisa de sinais de manifestação da doença... Na perícia psiquiátrica, os fatos, o próprio

gesto infrator, são reconhecidos segundo um sentido exterior a ele, sobreposto, num mecanismo que o sobredetermina. O significado totalizante do diagnóstico abre necessariamente o terreno à incapacidade de exercer os atos da vida civil se a doença é sobreposta à escolha, ao “livre arbítrio” do sujeito” (Dell’Acqua & Mezzina, 1988:246).

O gesto infrator deve ser lido, segundo as premissas triestinas, no interior da relação com a norma. Desta forma, pode ser socialmente compartilhado com a maioria, isto é, facilita a emergência de significados e motivações que permitem ao sujeito e ao seu gesto serem percebidos como parte da história da pessoa, próprio do indivíduo e não da doença.

Sustenta-se que todo gesto é compreensível e deve ser considerado em seu significado comunicativo (Habermas, 1987). Um sentido subjetivo, uma verdade pessoal é sempre inteligível mas, por outro lado, existe o problema do sentido objetivo do gesto infrator em seu significado social no interior do sistema de valores éticos e normativos. É nesse lugar que se ancorou a vinculação histórica entre a noção de incapacidade e o diagnóstico.

Para os operadores triestinos é incorreto discutir o pressuposto de incapacidade do doente mental em responsabilizar-se por seus atos desvinculado da relação com a norma. Isto não quer dizer que se deva excluir o reconhecimento e valorização das diferenças e as particularidades da história e do sofrimento do sujeito.

“Se a infração exprime uma vontade de transgressão...também o sintoma manifesta uma transgressão que, da mesma forma, sobre um terreno diverso, mantém uma relação com a norma” (Dell’Acqua & Mezzina, 1988:250).

Isto não quer dizer que se deva excluir o reconhecimento e valorização das diferenças e das particularidades da história da pessoa. Todo gesto é compreensível, pode ser analisado, existe sempre um contexto de relações que contribuem na orientação do gesto.

A agressividade, violência e imprevisibilidade são atributos historicamente associados à doença mental, mas que a prática da reforma, desde a comunidade terapêutica aos serviços territoriais, tem demonstrado que na verdade, também a agressividade pode ser dialeticamente trabalhada e transformada. Todas as infin-

dáveis maneiras de expressão do sofrimento são reduzidas, por definição, em uma única possibilidade de expressão: o comportamento agressivo e violento. Ao mesmo tempo, não é dado à violência manifesta de um determinado indivíduo a possibilidade de defesa, elucidando as razões do ato transgressor

O que é colocado em questão prende-se ao fato de não se buscar equacionar de maneira dialética o adoecimento e a delinquência que Franco Basaglia considera próprias à condição humana:

“são contradições do homem, mas são, também, produtos histórico-sociais [...] Estas organizações chamadas reabilitadoras têm face dupla: a violência como sistema concreto de eliminação e destruição, e a violência como ameaça simbólica desta destruição e eliminação [...] O que importa é descobrir rapidamente o diferente e isolá-lo para confirmar que não somos nós (os sadios, normais, os bons cidadãos), isto é, a nossa organização social que produz contradições. É sempre o outro, o estrangeiro, o 'corruptor', as más companhias, os que produzem o contágio, que deve ser prevenido e neutralizado para proteger a coerência da norma, ou seja, os parâmetros que definem o ordem pública. Nesta tentativa de descobrir precocemente a diferença, baseia-se o caráter preventivo das ideologias, assim como o caráter violento das instituições está na confirmação da diferença” (Basaglia, 1977:84-5).

Essas discussões são fruto da prática desenvolvida a partir dos serviços territoriais, onde, a partir do Centro de Saúde Mental, foram sendo geradas diversas iniciativas de ações de saúde e de assistência social.

“O doente *perigoso* não é evitado ou separado, nem é competência de outros, mas é procurado, se necessário, em colaboração com a polícia... no C.S.M., existe aquele que pode ser perigoso em determinadas situações, existe o confronto violento, mas as pessoas em crise são assumidas, isto é, nem abandonadas nem reclusas, desaparece o medo e a periculosidade. E enquanto o sofrimento não consegue encontrar outros canais de expressão, reaparece o potencial de risco de um gesto desesperado e perigoso” (Dell'Acqua, Mezzina & Derza, 1988:260).

A relação entre doença mental e comportamentos violentos se configura numa imagem distorcida da realidade empírica, Gatti & Traversi (1979:477-9) afirmam que

“todas as pesquisas feitas com amostras suficientemente vastas indicam que entre os doentes mentais não estão presentes porcentagens de infrações violentas, incluindo homicídios, mais elevadas que na população em geral...É claro que a relação entre estes dois fenômenos (homicídio e doença mental) é difusamente interpretado de maneira distorcida, com tendência a se sobrepor os dois fenômenos. Isto é facilitado pelo fato do doente mental ser erroneamente considerado como pessoa perigosa e que, por outro lado, existe no homem uma tendência em não reconhecer no homicida motivações que poderiam estar presentes e a procurar, portanto, na interpretação psicopatológica, um destaque e separação nítida de um ato que pode implicar identificações profundas carregadas de angústia”.

Os dados relativos ao número de Tratamentos Sanitários Obrigatórios demonstram que o direito à liberdade do doente mental não desencadearam, como se supunha, as instâncias de segurança social. Em dez anos, foram realizados em Trieste 47 Tratamentos Sanitários Obrigatórios, dos quais 10 foram realizados junto ao Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (emergência psiquiátrica) e os outros junto aos Centros de Saúde Mental, com uma duração de 7 a 10 dias.

Uma destas atividades de grande importância para os desdobramentos dos trabalhos é o Serviço Psiquiátrico Territorial no interior do Presídio de Trieste, penitenciária que comporta de 200 a 250 detentos, em sua maior parte esperando julgamento. Sua população é composta basicamente por venezianos, friulanos, iugoslavos, turcos e pessoas vindas do oriente médio; os detentos de origem triestina não superava, em 1984, 25% do total da população carcerária. No primeiro ano, foram visitados 76 homens, sendo que 11 já eram usuários dos Serviços Psiquiátricos Territoriais (SPT), 16 mulheres, das quais 4 usuárias. Além das visitas, realizaram-se contatos com as famílias, advogados, juízes e serviços sociais e sanitários. Entre as 15 pessoas já conhecidas pelos SPT, 5 estavam em grave estado dissociativo (Dell'Aqua et al., s.d.).

“Para todos, o serviço desejou garantir, em primeira instância, a continuidade existencial e histórica sem excluir as seqüências de ações referidas a infração cometida com as suas implicações legais. Onde era possível, procurou-se aproveitar os espaços abertos pela reforma carcerária para melhorar as condições cotidianas dos detentos e, ao mesmo tempo, atuar através dos mecanismos processuais com finalidade de redução de penas

através da semi-liberdade, liberdade condicional assumida pelo Serviço entre outras iniciativas (Dell'Aqua et al, s.d.).

Em 1980, os operadores triestinos procuraram a direção do cárcere da cidade, de contatos apenas por correspondência passou-se a reuniões das quais participavam também os técnicos do serviço sócio-sanitário daquela instituição. Conseguiu-se, depois, a autorização para que os serviços psiquiátricos territoriais viessem a dar continuidade assistencial aos seus usuários detidos. Inicialmente, dois psiquiatras e dois psicólogos passaram a dedicar dois dias por semana na própria prisão a quem os solicitasse. Atualmente, dois operadores de cada um dos Centros de Saúde Mental compõem um grupo de profissionais que realizam um trabalho continuado no território, presídio e o Serviço de Toxicodependência. Existe, ainda, um outro aspecto desta cooperação inter-institucional representado pelas tradicionais perícias psiquiátricas que, em Trieste, sofreram transformações em sua finalidade e instrumentos de análise.

Antes mesmo da aprovação da Lei 180, as relações entre a equipe basagliana e o aparato judiciário eram intensas e muitas vezes conflituosas. As preocupações foram criadas em torno da aplicação da Lei 431 de 1968 (Lei Mariotti sobre a internação voluntária). A convivência já secular e, de certa forma, estável era perturbada pelo trabalho de desinstitucionalização do manicômio. Estava sendo abalada a aliança entre psiquiatria e justiça nas ações contra marginais e desajustados. Um efeito dos conflitos iniciais foram os processos movidos pela Magistratura contra os psiquiatras basaglianos e um grande aumento do número de perícias psiquiátricas contra os pacientes, frente aos mais banais episódios de desordem. Designava-se peritos que abertamente se opunham às transformações em curso. Entre 1971 e 1978, foram enviadas 30 pessoas para o manicômio judiciário, que, após os trabalhos realizados pelos profissionais de saúde mental, voltaram para Trieste. Apenas uma pessoa, enviada para o manicômio ainda em 1971, encontrava-se internada em 1984 (DELL'Acqua & Mezina, 1988:262).

Em 1978, com a aprovação da Lei 180 e, provavelmente, com resultado de anos de trabalho constante, alguns juízes passaram a designar aos psiquiatras da desinstitucionalização um número significativo de perícias psiquiátricas. Desenvolveu-se uma espécie de perícia coletiva no campo, pois tal prática é posta no interior de uma multiplicidade de contatos com o juiz, familiares e operadores que frequentemente acompanham os pacientes em todos os níveis do percurso proces-

sual que se sucede a uma eventual infração (ao interrogatório, ao contato com o magistrado).

Em 1982, com a sentença nº139, de 27 de julho, da Corte Constitucional,⁴ abriu uma nova possibilidade de diálogo entre as instituições judiciárias e os Serviços Psiquiátricos territoriais. Anterior à sentença 139, toda pessoa cuja perícia caracterizasse como doente mental deveria ser automaticamente enviada ao manicômio judiciário para custódia e tratamento. Decorre desta duas importantes possibilidades, ou seja, um doente mental poderá ser imputável por estar de posse de sua capacidade de decisão e escolha ou, quando foi considerado incapacitado no momento da infração, poderá não ser perigoso socialmente podendo ficar sob fiança dos Serviços Psiquiátricos Territoriais.

A interpretação desta sentença realizada pelos magistrados do Ufficio Istruzione del Tribunale e della Pretura di Trieste permitiu, em 1984, a liberação de 11 pessoas declaradas socialmente não perigosas, pois a existência de serviços territoriais com capacidade de assumi-las representava garantia suficiente para o juiz, sem que necessitasse recorrer a qualquer tipo de formalização da confiança – solicitação de T.S.O., por exemplo (Dell'Acqua & Mezzina, 1988:263).

Os Serviços Territoriais, que em Trieste são organizações de trabalhos de ação na e com a comunidade e que partem dos Centros de Saúde Mental como polo irradiador, indicam uma profunda modificação no papel a ser desempenhado pelos operadores de saúde. Uma série de problemas são revelados entre a responsabilidade frente a assistência ao usuário e o diálogo necessário com outras instâncias da organização social. Busca-se construir a necessária tolerância para que a cidade possa dar continência à diversidade, confrontar estereotípias e desmistificar, principalmente, o olhar que vê no diferente o perigo e a ameaça.

O difícil processo posteriormente definido como desinstitucionalização deveu-se à confluência de fatores interdependentes: o alto custo dos pacientes, a recusa da violência e segregação, a descoberta da eficácia de tratamentos ambulatoriais e, finalmente, o momento histórico que propiciou a luta pela extensão dos direitos sociais a todos os excluídos.

A desconstrução concreta da lógica manicomial é apenas o primeiro passo para garantir uma aproximação com o doente enquanto problema ainda a ser decifrado. Trata-se, em primeiro lugar, de buscar uma nova maneira de ser

4 Itália. *Gazzeta Ufficiale* de 4/8/82.

profissional que deve recusar a realidade imediata como dado e reduzir o grau de poder e autoridade que o técnico exercita automaticamente sobre o doente.

“A solução técnico-psiquiátrica que preconiza a reabilitação do doente mental é simultânea a sua exclusão social [...] que é um problema tecnicamente insolúvel, tratando-se de uma questão política e social” (Basaglia, 1982:62).

Paradoxalmente, o sistema tende a delegar o problema aos técnicos e, se as respostas forem apenas técnicas, a instituição perpetuará a violência que queria negar em seu primeiro ato de reabilitação.

No pensamento Basaglia a ação terapêutica só poderia existir no interior de uma relação de reciprocidade real e é apenas com o risco da liberdade do doente que o técnico é colocado num mesmo plano, mantendo em perigo a sua própria liberdade.

“Viver dialeticamente as contradições do real é o aspecto terapêutico do nosso trabalho. Se tais contradições, não forem ignoradas ou programaticamente distanciadas na tentativa de criar um mundo ideal, mas dialeticamente trabalhadas a comunidade pode, então, tornar-se terapêutica...Mas a dialética existe apenas quando há mais de uma possibilidade, isto é, alternativa. Se o doente não tem alternativas, se a sua vida se apresenta já pré-estabelecida, organizada e a sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem possibilidade de escape, encontrar-se-á prisioneiro no terreno psiquiátrico, assim como se encontrava emprisionado no mundo externo no qual não conseguia enfrentar dialeticamente as contradições. Como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não pode se opor permite apenas uma escapatória: a fuga na produção psicótica, o refúgio no delírio onde não há contradição nem dialética” (Basaglia, 1981:491).

Desinstitucionalização como desconstrução

Os processos de desinstitucionalização partiram da necessidade de por em discussão as instituições criadas no período que Foucault denominou de Grande Internação e, também, da necessidade de redefinir (para uns) ou desconstruir (para outros) a noção de doença mental. Para Basaglia, a doença mental deveria ser estrategicamente separada da noção de loucura, esta última entendida como

contradição humana. Em sua busca de entendimento, vai à raiz desta separação para questionar não apenas a psiquiatria, mas a racionalidade ocidental e sua produção de saber no campo das ciências humanas.

Em outras palavras, a definição e as classificações de doença mental partem de pressupostos (a anterioridade histórica da internação, da segregação, da institucionalização) jamais questionados nem explicitados pelo saber médico-psiquiátrico. A condenação moral e a privação da liberdade pessoal precederam à discussão sobre o fenômeno da loucura. Loucura passou a ser equivalente à doença mental num processo histórico elucidado por Foucault, mas que continua a se reproduzir e a embasar o saber psiquiátrico.

É nesse sentido que a doença mental é crítica por Franco Basaglia como sendo um ente abstrato, definido a partir da realidade anterior da existência da internação e do manicômio (séc. XVII e XVIII) e constituída a partir do pressuposto de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade. Essas três negações marcam profundamente a vida das pessoas que caem na malha tecida em sua história pela medicina mental.

Como ficou definido por Foucault e Castel, o processo que levou à definição de periculosidade social está na plano da ordem pública e não está vinculada à natureza do sofrimento psíquico. Toda pessoa internada torna-se, por definição, perigosa. A medicina mental ratificou em sua definição de doença mental a equação doente mental = perigo social. Sendo assim, a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar sua presença.

A medicina considerou a doença como incurável ou irrecuperável e o doente mental, imprevisível. Por isso, mesmo quando separado de outras formas de periculosidade social, deveria permanecer internado. Assim, ao definir a existência de um nexo imediato entre periculosidade e doença mental, produziu, ao mesmo tempo, a necessidade de identificar juridicamente e de criar o lugar adequado para custódia e gerência da doença mental. A lógica é a de identificar sintomas, definindo quadros e limites da doença para os quais é definido um prognóstico.

Inspiradas na legislação francesa de 1838, a loucura e a doença mental (compreendendo todos os desvios de comportamentos que desencadeiem os sistemas sociais de emergência), na Itália e em outras partes do mundo ocidental, permaneceram ligadas a três dimensões: médica, jurídica e social. A psiquiatria possui em si estas três dimensões, sendo ao mesmo tempo médica (assistencial) e vinculada ao controle da ordem pública.

As instituições são, no plano concreto, confirmação e consequência da criação artificial desse ente abstrato, doença mental, intimamente relacionada à noção de irrecuperabilidade.

Basaglia dizia que a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença. Em contrapartida, a experiência de Trieste pretendia responder às necessidades das pessoas, tirando-as do parênteses em que foram postas pela doença mental e todos os conceitos que a ela se referiam. Num movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que apenas colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo crítico onde a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse. A crítica italiana à psiquiatria será construída a partir da análise e reflexão dos conceitos, leis e instituições sobre as quais se erguem o saber psiquiátrico.

Um passo importante para a desinstitucionalização foi o reconhecimento da incapacidade da psiquiatria em fornecer conhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura. A psiquiatria, mesmo reformada, continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz e segrega e, no plano da teoria, permanece desconectada da realidade concreta das pessoas definidas doentes.

A perspectiva italiana é de desinstitucionalizar a doença mental e desmontar os aparatos que a sustentam, começando pelo paradigma problema-solução. Isto é, as instituições racionalistas, como é sabido, funcionam com base numa relação codificada entre definição de um problema e uma resposta tendencialmente ideal. A crítica italiana atinge as bases da psiquiatria tradicional e questiona a própria natureza ideológica da ciência em geral, absorvendo os ensinamentos de Foucault, para quem o manicômio é mais que um sobrevivente arcaico, um produto intrínseco do iluminismo e da própria sociedade capitalista.

A chamada Psiquiatria Democrática Italiana fez alianças com outros movimentos sociais, radicalizou a força das denúncias sobre a violência da instituição psiquiátrica. Criou, igualmente, caminhos para a desmontagem do manicômio, entendida como desconstrução de materialidades e dos saberes médico-psicológicos. Desinstitucionalizar significaria assim, para os italianos, lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados,

também, a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada. Presos ao saber-poder de seu lugar na hierarquia institucional.

O processo triestino nos conduz à discussão sobre as práticas sociais que ergueram os muros do manicômio e estabeleceram limites bem definidos para a doença mental, um aprisionamento compreendido como princípio arqueológico sobre o qual se ergueu o saber médico-psiquiátrico. Para os atores dessa experiência, este princípio é, também, o ponto de partida para a desconstrução do manicômio. Hoje entendemos que é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas também as idéias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la.

Uma vez posta em discussão a psiquiatria, suas instituições e o próprio paradigma médico-psicológico que obedece a uma ordem racionalista abstrata, deveremos aceitar o desafio teórico que se impõe no sentido da construção de novos saberes que consigam equacionar teoricamente a experiência que emerge das práticas de desconstrução em curso na Itália e em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. É preciso localizar seus pontos de estrangulamento, suas fragilidades, para modificar, onde se fizer necessário, os percursos. A desconstrução, em um sentido ampliado, é interminável, pois significa o questionamento das cristalizações institucionais e mentais. Quando não é mais possível trabalhar dialeticamente um conflito, quando a única saída entrevista é o apelo à rigidez hierárquica nas relações de trabalho, o autoritarismo, talvez, este seja um sinal de que não estamos sendo capazes de interpretar a realidade social que se apresenta.

Em outras palavras, surge como imperativo elucidar os conceitos de saúde/doença enquanto valores ético-existenciais que configuram, na atualidade, as instituições assistenciais. Podemos dizer, que essas instituições representam a parcela visível de uma cultura que impõe a cisão entre saúde e doença, retirando do grupo social o poder sobre o curso da vida ao delegar apenas aos técnicos, isto é, aos homens do saber e da ação prática, sua definição, as formas de sua consolidação no tecido social e, portanto, seu destino.

A desconstrução implica num trabalho hermenêutico que procura desvendar a genealogia e as ascendências fortes de um saber (Derrida, 1987). Portanto, acentuando e utilizando as fragilidades da psiquiatria ao descobrir e pôr em evidência o que o saber psiquiátrico censurou ou tornou invisível no processo de sua constituição. Focaliza os nexos de saber-poder que a psiquiatria possui, cuja

epistemologia frágil com uma prática vinculada a instituições que possuem necessidades imediatas de natureza econômica, política e de regulação social (Gallio, 1990).

Desta forma, desinstitucionalização é desconstrução quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando se compõe um feixe de estratégias que desmonta e desconstrói as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de interações e de justificação no qual cada elemento se insere.

Desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar, a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia.

O tratamento metodológico dado pelos atores da desinstitucionalização tries-tina à psiquiatria é compreendido nas múltiplas interfaces da medicina, psicologia, sociologia, antropologia, filosofia. A instituição psiquiátrica não é abordada como temática circunscrita aos limites de uma especialidade, mas como observatório capaz de fornecer elementos que enriqueçam a compreensão das instituições da sociedade assistencial moderna, da qual o manicômio representa uma espécie de metáfora. A capacidade de incluir a questão psiquiátrica como parte das questões sociais em geral, saltando os limites impostos pelos muros do saber médico-psicológico, coloca em destaque o movimento de transformação da psiquiatria na Itália e significa, igualmente, um desafio na busca de novas interpretações para as ciências humanas.

Num plano mais abrangente, não podemos deixar de acompanhar atentamente as várias investidas críticas contra as formas dos saberes ocidentais, principalmente a partir das décadas de sessenta e setenta, quando vários intelectuais de diversas disciplinas, fortemente respaldados e incentivados pelas discussões da física quântica e da biologia, promovem o debate como questão fundamental dos dias atuais.

A ciência desenvolveu-se, afastando-se, cada vez mais, da experiência e do vivido; fundado na pesquisa experimental, o saber científico permanece divorciado do cotidiano, que é coberto de subjetividades.

A razão moderna auto-suficiente conhece já largos domínios de sua insuficiência em cobrir os territórios da experiência humana. Wilmar Barbosa (1989) sugere que está se desenhando saberes que não mais coincidem com o instituído. As sociedades modernas não têm conseguido cumprir suas promessas de felicida-

de, progresso já não é mais um bem em si. O que vem sendo posto em causa são os registros da Verdade e a separação rígida entre real e imaginário.

Na base da proposta prática da experiência italiana está o pressuposto de que as condições de existência determinam configurações sociais de vida e que, portanto, o problema de relação médico (técnico) e paciente significa a concretização da natureza das relações inter-humanas presentes na sociedade. É nesse sentido que o manicômio poderia ser compreendido como metáfora da exclusão e paradigma da violência institucional.

Referências Bibliográficas

- ASCOLI, V. (org.) 1984. *Welfare all'italiana*. Bari, Laterza.
- BARBOSA, W. 1989. "A ordem e a desordem na sociedade moderna", *I Encontro de Saúde Mental e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 22 a 25 de nov.
- BARROS, D.D 1994. *Jardins de Abel. Desconstrução do manicômio de Trieste*, São Paulo, Lemos/EDUSP.
- BASAGLIA, F. & ONGARO-BASAGLIA, F. 1977. *Los crimines de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Madrid, Siglo XXI.
- BASAGLIA, F. 1980. "Problems of law and psychiatry : the italian experience", *Internat. J. Law Psychtr.* 3(7).
- BASAGLIA, F. 1981. Scritti I (1953-1968). *Dalla psichiatria fenomenologica all'esperanza di Gorizia*. Torino, Einaudi.
- BASAGLIA, F. 1982. Scritti II (1953-1968). *Dall' apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica*. Torino, Einaudi.
- CASTEL, R. 1978. *A ordem psiquiátrica. A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal.
- CASTEL, R. 1986. *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- COHEN, S. 1985. *Visions of social control*, Cambridge, Polity Press.
- CULLER, J. 1988. *Sulla decostruzione*. Milão, Bompiani.
- De LEONARDIS, O et al. 1988. *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*. Milano, Unicopli.
- De LEONARDIS, O. 1990. *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincolo e come risorse*. Milano, Feltrinelli.
- DELL'ACQUA, G. et al, s.d. Il servizio psichiatrico territoriale all'interno del carcere di Trieste, arquivos dei Servizi Psichiatrici di Trieste, mimeo, 5p [mimeo].
- DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. (org.) 1988. *Il folle gesto. Perizia Psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste(1978-88)*. Roma, Angelo Ruggeri.
- De SALVIA & CREPET, P. 1982 *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*. Feltrinelli, Milano.
- DERRIDA, J. 1989. *La desconstrucción en las fronteras de la filosofía. La retirada de la metáfora*. Barcelona, Paidós.
- FOUCAULT, M. 1977. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária [trad. Roberto Machado].
- FOUCAULT, M. 1983. *Vigiar e punir. Nascimento da prisão*. Rio de Janeiro, Vozes.
- FOUCAULT, M. 1987. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva.
- GALLIO, G & GIANNICHEDDA, M.G. s.d. Note per la lettura del modulo organizzativo dei servizi psichiatrici di Trieste. Trieste, centro Studi Friuli Venezia-Giulia [mimeo].
- GALLIO, G. 1990. Palestra proferida durante o seminário A Transformação da Psiquiatria italiana: História, Teoria e Prática, Cidade Universitária- USP, São Paulo, 20 de março (gravado).

- GATTI, U. & TRAVERSO, B.G. 1979. Malattie mentali e omicidio. realtà e pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente, in *Rassenga di Criminologia*, vol.I, p.477-9.
- GOFFMAN, E. 1974. *Prisões, manicômios e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GRAMSCI, A. 1985. *Os intelectuais e a organização da cultura* [5a ed., trad.Carlos Nelson Coutinho]. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- HABERMAS, J. 1987. *Teoria de la acción comunicativa I. Realidad de la acción y racionalización social*. Madrid, Taurus.
- ITÁLIA. GAZZETA UFFICIALE DE 4/8/82.
- MAURI, D. (org.) 1983. *La libertà è terapeutica ? L'Esperienza psichiatrica a Trieste*. Milano, Feltrinelli.
- MORIN, E. s.d. *O problema da complexidade*. Lisboa, Europa-América
- NICACIO, M.F. 1989. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec.
- ROBERT, Ph. s.d. *La crise de la dangerousité*, *Rassenga di Criminologia*, 2.
- ROTELLI, F. 1987. palestra proferida em São Paulo. Plenária do trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo [reprodução mimeografada].
- ROTELLI, F. "Desinstitucionalização, uma outra via". In: NICACIO, M. F.S. 1990 *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, p.17-59.
- PITCH, T. 1985. Social dangerousness and the new policies of social control in Italy , conferência apresentada no Congresso Social Control and Justice: inside and/or outside the law, Jerusalém, 28/3 a 3/4.
- STEADMAN, H. J. & MORRISSEY, J.P. 1988. The impact of deinstitutionalization on the criminal justice system. In *Per la salute mentale*, vol.1, p.159-70.
- STEADMAN. H.J. & MONAHAM, J. 1984. *The movemnt of offender populations between mental and correctional facilities*, New York, National Institute of Justice.

Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias

Domingos Sávio Nascimento Alves

Eliane Fleury Seidl

Alfredo Schechtman

Rosane Correia e Silva

Introdução

É consenso hoje entre técnicos, prestadores de serviços públicos e privados, governo e opinião pública, que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil é de má qualidade.

Esta situação decorre de múltiplas causas, sendo a principal delas a lógica do modelo assistencial vigente, centrado no leito psiquiátrico. Assim, não obstante as significativas mudanças em curso, um longo caminho terá que ser percorrido para alcançarmos o objetivo de uma atenção integral, comunitária, contínua e participativa no campo da saúde mental.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, consagrou o lema “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, definindo os princípios que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A reforma sanitária brasileira objetiva um sistema de saúde igualitário, descentralizado, universal, com os serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada. A integralidade da atenção e a participação social também são

princípios fundamentais, coerentes com o conceito de saúde como direito inerente à cidadania. O momento atual, caracterizado por importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro, constitui-se em contexto privilegiado para a implementação de transformações efetivas na área de saúde mental.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um diagnóstico sucinto da situação atual da assistência psiquiátrica e das mudanças em curso, bem como delinear as estratégias do Ministério da Saúde voltadas para a reestruturação da atenção em saúde mental no país.

Situação atual

A prevalência global de transtornos mentais na população brasileira está estimada em 20%. Pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontraram prevalências de demanda potencial por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) a 19% (São Paulo).

Os distúrbios de ansiedade e fóbicos foram as patologias mais prevalentes, oscilando de 11% a 18% nas cidades estudadas, predominando no gênero feminino. O abuso e dependência do álcool apareceram com destaque no perfil nosográfico das amostras, sendo que no gênero masculino essas prevalências chegaram a atingir, em Porto Alegre, 15%.

O consumo abusivo do álcool e outras substâncias psicoativas constitui um grave problema de saúde pública, cuja magnitude e crescimento podem ser percebidos por diversos indicadores. Além da expressiva prevalência encontrada nos levantamentos epidemiológicos, outros estudos apontam a relação entre o abuso do álcool e uma série de problemas sociais, tais como os acidentes de trânsito e de trabalho, a incidência de homicídios e de atos violentos na família. A psicose alcoólica (CID 291) e a síndrome de dependência do álcool (CID 303) representam em 1992, respectivamente, a 2ª e a 4ª causas de internação psiquiátrica na rede hospitalar contratada, filantrópica e da rede pública, sendo responsáveis por 29% dos gastos com internações psiquiátricas naquele ano. Analisando-se os dados colhidos através do sistema AIH, o número de pacientes internados por transtornos mentais diretamente relacionados com o alcoolismo alcançou um percentual de 35,6% no ano de 1992 (Sistema Síntese - Datasus/MS - 1992).

O problema relacionado ao consumo de drogas em nosso país vem preocupando cada vez mais as famílias, os profissionais de saúde e de educação, bem

como as autoridades governamentais em geral, em decorrência do aumento do seu uso pela população, principalmente os jovens. Com relação ao consumo dessas substâncias psicoativas (exceto o álcool), pesquisas realizadas junto aos estudantes de 1º e 2º graus, em 10 capitais brasileiras, indicam uma prevalência de 21,1% em 1987 e de 26,1% em 1989, o que significa um crescimento da ordem de 23,7% em dois anos. O uso freqüente (seis ou mais vezes nos últimos 30 dias) representou um percentual menor, 2,7%, em 1987, e 3,5% em 1989, demonstrando um crescimento de 29,6%. As drogas psicotrópicas mais consumidas (uso na vida e uso freqüente) foram, em primeiro lugar, os solventes; em segundo, os ansiolíticos, e, em terceiro lugar, as anfetaminas e a maconha. Nota-se, portanto, a persistência de um padrão homogêneo quanto ao consumo de drogas, que deve ser levado em conta nos programas educativos e preventivos. A análise por sexo mostrou uma diversificação destas substâncias, indicando que o uso das chamadas drogas lícitas têm um predomínio significativo junto aos estudantes do sexo feminino, enquanto que as ilícitas são as mais consumidas pelo sexo masculino.

Com relação aos meninos de rua, estudos apontaram alta prevalência do uso de drogas nesta parcela da população infanto-juvenil. O percentual de usuários chega a atingir 64%, do qual 55% são usuários freqüentes. Neste grupo, as drogas mais usadas foram os solventes (cola de sapateiro), a maconha, o álcool e o tabaco.

Finalmente, é importante ressaltar que a mudança no perfil sociodemográfico da população brasileira (envelhecimento populacional, aumento da população urbana), o agravamento das condições socioeconômicas e a conseqüente queda na qualidade de vida permitem haver uma tendência de aumento das taxas de prevalência dos transtornos mentais na população, nos próximos anos e décadas, caso não ocorra uma efetiva intervenção em nível das políticas socioeconômicas e do setor saúde.

A organização da rede de serviços de saúde para o atendimento às necessidades da população brasileira no campo da saúde mental mostra-se, de modo geral, insatisfatória, ineficaz e ineficiente.

O hospital psiquiátrico ainda detém, no início da década de 90, papel claramente hegemônico no conjunto dos serviços, decorrente de fatores históricos, econômicos e da conformação do sistema de saúde brasileiro.

O Brasil possui 313 hospitais psiquiátricos da rede do SUS; nos últimos sete anos observa-se uma queda deste número, na ordem de 20%. Esta tendência é inversa à verificada para o setor saúde como um todo, cujo número de estabeleci-

mentos hospitalares teve um aumento de 16% no mesmo período (IBGE/CIS/MS-SIH-INAMPS).

O total de leitos psiquiátricos no país corresponde a cerca de 86 mil, sendo que 75% são privados e filantrópicos, contratados pelo setor público.

O Ministério da Saúde estabelece como limite máximo aceitável a existência de 0,5 leito psiquiátrico por mil habitantes, incluídos os leitos em hospitais gerais.

Apesar de estarmos próximos deste parâmetro — atingimos 0,56 leitos psiquiátricos por mil habitantes em 1991 — ainda constata-se o excesso de leitos nesta área. Quanto à distribuição, há fortes disparidades regionais, com maior concentração de leitos nas capitais dos estados e nas regiões do país economicamente mais desenvolvidas.

A análise de outros indicadores demonstra as distorções da assistência psiquiátrica prestada. O tempo médio de internação é elevado, muito superior aos 30 (trinta) dias colocados como parâmetro pelo Ministério da Saúde, alcançando a média de 55,6 dias para o conjunto dos prestadores, conforme dados do Data-SUS/MS.

As internações por transtornos mentais vêm apresentando, nos últimos anos, um dos maiores gastos com a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde, não obstante a ineficácia e ineficiência da assistência prestada.

Os custos, no plano social, também são elevados. Assim, do total estimado de 430 mil pacientes internados por transtornos mentais em 1992, estima-se que aproximadamente um terço apresenta histórico de longas e/ou repetidas internações. Muitos destes pacientes cronificados são residentes dos hospitais psiquiátricos, pois perderam completamente os seus vínculos familiares e sociais.

As denúncias de violações dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos somam-se a esses indicadores, consolidando o consenso quanto à necessidade da reversão do modelo assistencial baseado na exclusão e no isolamento.

Os indícios de transformação

Ao lado dessas dificuldades, verificam-se algumas mudanças significativas, que representam passos importantes rumo à transformação do modelo assistencial vigente:

3.1. Experiências inovadoras e exitosas, em curso em vários municípios brasileiros, demonstram a viabilidade da implantação de uma rede integrada de serviços, composta por diversas modalidades de recursos assistenciais e comunitários, que começa a prescindir dos recursos manicomiais. Nessas localidades, novas práticas se consolidam, centradas na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

3.2. A crescente utilização dos serviços de urgência, bem como de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, é outro fato que indica uma tendência promissora, voltada para a reversão do modelo assistencial asilar. Assim, dos 86 mil leitos disponíveis em 1991, aproximadamente dois mil estão em hospitais gerais (SIH/SUS).

A queda, já mencionada, do número de leitos e de hospitais psiquiátricos expressa a crise do modelo assistencial hospitalocêntrico, com a falência dos seus princípios de sustentação.

3.3. A mudança no financiamento dos serviços de saúde mental, estabelecida pelo Ministério da Saúde desde janeiro de 1992, para o custeio dos serviços ambulatoriais e hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde, começa a demonstrar o seu efeito indutor, no sentido de redirecionar os recursos financeiros para as modalidades assistenciais alternativas à internação em hospital psiquiátrico. Passa-se a remunerar novos procedimentos, tais como a consulta individual e em grupo, por profissionais de diversas categorias, o atendimento em oficinas terapêuticas, em centros de atenção psicossocial, em hospitais-dia, bem como a urgência e a internação em hospital geral. Estabeleceu-se, ainda, a regulamentação e a definição de padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil, visando a construção de um modelo assistencial em saúde mental diversificado e de qualidade.

É importante salientar, no entanto, quando da publicação da Portaria MS/407/92, em janeiro/93, que estabelece exigências mínimas para funcionamento dos hospitais psiquiátricos, apenas um terço dos estabelecimentos manicomiais se habilitou. No mês de abril/93, aproximadamente dois terços dos hospitais psiquiátricos brasileiros estavam cumprindo a referida portaria.

3.4. A ampla divulgação, nos meios de comunicação de massa, da situação atual da assistência psiquiátrica e das denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes internados tem consolidado, junto à opinião pública, o consenso quanto à necessidade de mudanças. Este aspecto é crucial para a

modificação da cultura da exclusão e do estigma frente à loucura e ao doente mental.

3.5. A revisão da legislação psiquiátrica está em andamento no parlamento brasileiro, a partir da tramitação do projeto de lei que versa sobre a substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. O referido projeto tem recebido apoio das entidades representativas de categoria profissionais e dos usuários dos serviços, entre outras. Sua aprovação no Congresso Nacional significará o ajuste, no plano jurídico e legal, às transformações já em curso no âmbito assistencial. No âmbito dos estados, o Rio Grande do Sul e o Ceará já dispõem de nova legislação para a área. Em outros oito estados brasileiros, projetos de lei estão tramitando nas Assembléias Legislativas, todos voltados para a mudança do modelo assistencial e da regulamentação da internação compulsória.

3.6. A organização de várias entidades e associações de usuários e familiares de doentes mentais tem um papel de suma relevância na salvaguarda dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes psiquiátricos.

3.7. A realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1 a 4 de dezembro de 1992, contou com cerca de mil participantes, representando os diversos segmentos envolvidos na reforma psiquiátrica. A etapa nacional foi precedida de aproximadamente 100 conferências municipais/regionais e 24 conferências estaduais, que discutiram o temário "Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania".

As diretrizes e estratégias do Ministério da Saúde

A reforma psiquiátrica constitui-se na principal diretriz da Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde. As resoluções que norteiam essa diretriz são a Declaração de Caracas e os relatórios finais da I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental.

As estratégias principais para implementação articulada e conjunta com as secretarias de saúde dos estados e municípios brasileiros, são as seguintes:

1. Estabelecimento, para a área da saúde mental, de mecanismos de financiamento das ações e serviços compatíveis com as mudanças no financiamento setorial e com o processo de descentralização em curso, com base nos preceitos da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90).

2. Consolidação das orientações emanadas dos documentos normativos do nível federal, junto aos estados da Federação, visando a qualificação da assistência prestada.

3. Apoio técnico aos estados, para o desenvolvimento das ações de supervisão, controle e avaliação da rede assistencial, incorporando nessa atividade os conselhos profissionais da área de saúde e os representantes das associações de usuários e familiares.

4. Subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na constituição da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com composição paritária, envolvendo governo e prestadores, usuários e sociedade civil organizada.

5. Estabelecimento de programas, de caráter intersetorial, para a clientela dos chamados crônicos/cativos, residentes nos hospitais psiquiátricos.

6. Fortalecimento do intercâmbio internacional, sob orientação da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde.

7. Estabelecimento de um programa de capacitação de recursos humanos, voltado para um modelo assistencial não manicomial.

8. Difusão ampla do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

9. Estímulo à revisão da legislação psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N.; Mari, J. J.; Coutinho, E. et al. (1992). Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) *Revista ABP-APAL*. 14(3): 93-104.

ALVES, D. S. N.; Seidl E.; Schechtman A.; Silva, R. Saúde Mental no Brasil: Elementos para uma análise da assistência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 8: 423-426, 1992.

CARLINI, E. A.; Carlini-Cotrim, B.; Silva Filho, A.; Barbosa M. T. S. II Levantamento Nacional sobre uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º graus - 1989. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Escola Paulista de Medicina.

GONZÁLEZ UZCÁTEGUI, R. e Levav, I., eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Memórias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11 a 14 de novembro de 1990. Washington, Organização Pan-Americana de Saúde/Instituto Mário Negri, 1991, 148p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portarias nº 189 de 19/11/1991. (D.O.U. de 11/12/91) e nº 224 de 29/01/92 (D.O.U. de 30/01/1992).

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portarias nº 407/92 (D.O.U. de 05/03/93) e nº 408/92 (D.O.U. de 02/02/93).

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília, Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1990. 36p.

Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43p.

Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. - Relatório Final. Brasília, 1993. (mimeo).

Formato: 16 x 23 cm

Papel: Offset 75g/m² (miolo)

Cartão Supremo 250g/m² (capa)

Fotolitos: Laser vegetal (miolo)

Reimpressão e acabamento: Imos Gráfica e Editora Ltda.

Rio de Janeiro, agosto de 2014

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a EDITORA FIOCRUZ:

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9007

Telefax: (21) 3882-9006

e-mail: editora@fiocruz.br

<http://www.fiocruz.br/editora>